

ANALISIS PROSES PERENCANAAN KEBUTUHAN OBAT PUBLIK
UNTUK PELAYANAN KESEHATAN DASAR (PKD)
DI PUSKESMAS SE WILAYAH KERJA
DINAS KESEHATAN KOTA
TASIKMALAYA



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Kebijakan Kesehatan

Oleh
JOKO PUJI HARTONO
NIM : E4A 005 023

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2007

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

ANALISIS PROSES PERENCANAAN KEBUTUHAN OBAT PUBLIK
UNTUK PELAYANAN KESEHATAN DASAR (PKD)
DI PUSKESMAS SE WILAYAH KERJA
DINAS KESEHATAN KOTA
TASIKMALAYA
(STUDI KUALITATIF)

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : JOKO PUJI HARTONO

NIM : E4A 005023

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 25 Agustus 2007
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes Septo Pawelas Arso, SKM, MARS

Penguji

Penguji

Drs. Agus Tri Cahyono, M.Si, Apt

Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, M.Kes

Semarang, 30 Agustus 2007

Universitas Diponegoro
Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

dr. Sudiro, MPH, Dr. PH
NIP : 131 252 965

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Joko Puji Hartono

N I M : E4A 005 023

Menyatakan bahwa tesis judul “ANALISIS PROSES PERENCANAAN KEBUTUHAN OBAT PUBLIK UNTUK PELAYANAN KESEHATAN DASAR (PKD) DI PUSKESMAS SE WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KOTA TASIKMALAYA” (STUDI KUALITATIF) merupakan :

1. Hasil karya yang disusun oleh peneliti sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar kesarjanaan pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang atau pada program studi lain.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dalam keadaan sadar tanpa mendapat tekanan dari pihak mana pun

Semarang,
Agustus 2007

Penyusun,

Joko Puji Hartono
NIM : E4A 005 023

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Penyusun

1. Nama : Joko Puji Hartono
2. Tempat, tanggal lahir : Cilacap, 12 Agustus 1962
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Agama : Islam
5. Status : Menikah
6. Alamat rumah : Babakan Pasirangin RT 03 RW 09
Kelurahan Kertasari, Ciamis Jabar
7. Anggota Keluarga
 - a. Istri : Hendang Bintarawati
 - b. Anak kandung : Furqon Aji Yudhistira
8. Orang Tua Kandung :
 - a. Ayah : S. Siswosoemarto (almarhum)
 - b. Ibu : Binti Suriyah
9. Orang Tua Kandung Istri
 - a. Ayah : Toto Soegijo
 - b. Ibu : Soeparti (almarhumah)

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri VII Wanareja Cilacap, Lulus Tahun 1975
2. SMP Muhammadiyah Wanareja Cilacap, Lulus Tahun 1979
3. SMA Negeri Majenang Cilacap, Lulus Tahun 1982
4. Akademi Penilik Kesehatan Teknologi Sanitasi (APK-TS) Yogyakarta,
Lulus Tahun 1986

5. Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP Semarang, Lulus Tahun 1995
6. Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) Program Pascasarjana UNDIP Semarang dengan Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Tahun 2005 – 2007

C. Riwayat Pekerjaan

1. Staf Seksi Pembinaan Kesehatan Lingkungan di Dinas Kesehatan Kabupaten Dati II Banjarnegara terhitung mulai tanggal 01 Maret 1987
2. Kepala Sub Seksi Kebersihan Tempat-Tempat Umum di Dinas Kesehatan Dati II Banjarnegara Tahun 1990 – 1992
3. Tugas Belajar di FKM UNDIP Semarang Tahun 1992 - 1995
4. Kepala Sub Seksi Usaha Kesehatan Sekolah di Dinas Kesehatan Kabupaten Dati II Banjarnegara Tahun 1996 – 1998
5. Staf Seksi Kesehatan Keluarga di Dinas Kesehatan Kabupaten Dati II Tasikmalaya Tahun 1998 – 2000
6. Pelaksana Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Cipedes Dinas Kesehatan Kabupaten Dati II Tasikmalaya Tahun 2000 – 2001
7. Kepala Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2001 – 2003
8. Kepala Seksi Perbekalan Farmasi dan Alat Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2003 – 2005
9. Tugas Belajar di Program Studi MIKM Program Pascasarjana UNDIP Semarang 2005 – 2007

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadlirat Allah swt, atas rahmat, taufik, hidayah dan inayah-Nya sehingga penyusun dapat menyelesaikan Tesis pada Semester IV Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) Program Pascasarjana Universitas Diponegoro (UNDIP) Semarang tahun ajaran 2006/2007.

Penyusunan tesis ini bertujuan untuk memenuhi salah satu persyaratan guna menempuh ujian akhir dan mencapai derajat Sarjana S-2 Magister Kesehatan di Program Studi MIKM Program Pascasarjana UNDIP Semarang.

Penyusunan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik tentunya tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan yang baik ini penyusun mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Ketua Program Studi MIKM Program Pascasarjana UNDIP Semarang beserta jajarannya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama dalam proses pendidikan.
2. Ibu Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes dan Bapak Septo Pawelas Arso, SKM, MARS selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penyusun dengan penuh perhatian dan kesabaran.
3. Ibu Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, M.Kes dan Bapak Drs. Agus Tri Cahyono, Apt, M.Si yang telah banyak memberikan masukan demi penyempurnaan penyusunan tesis ini.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota dan Kepala Bidang Kefarmasian beserta jajarannya yang telah banyak memberikan motivasi dan membantu

kelancaran proses pengumpulan data di lingkungan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

5. Semua Kepala Puskesmas dan Pelaksana Farmasi Puskesmas di wilayah Kota Tasikmalaya yang telah banyak membantu memberikan data atau informasi selama proses penelitian berlangsung.
6. Semua rekan mahasiswa MIKM Program Pascasarjana UNDIP Semarang yang telah saling membantu demi kelancaran proses penyusunan tesis ini.

Penyusun menyadari bahwa tesis ini belum sempurna, masih terdapat banyak kekurangan dan kelemahan. Oleh karena itu segala saran dan masukan yang bersifat membangun dari para pembaca akan diterima dengan hati lapang dan gembira demi menambah wawasan keilmuan bagi penyusun.

Semarang, Agustus 2007

Penyusun,

Joko Puji Hartono

DAFTAR ISI

	Halaman
PENGESAHAN TESIS	ii
PERNYATAAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
ABSTRAK	xvii
ABSTRACT	xviii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	8
C. Pertanyaan Penelitian	8
D. Tujuan Penelitian	9
E. Manfaat Penelitian	10
F. Ruang Lingkup Penelitian	10
G. Keaslian Penelitian	11
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Perencanaan	14
B. Pengertian Obat	22
C. Dasar Kebijakan Umum Obat	25
D. Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD)	27
E. Dasar-dasar Fungsi Manajemen Logistik Obat	29
F. Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan	34
G. Perencanaan Kebutuhan Obat Publik	36
H. Pengadaan Obat	51
I. Pembiayaan Obat	57
J. Kerasionalan Obat	60

	K. Indikator Pengelolaan Obat	65
	L. Kerangka Teori	68
BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	
	A. Kerangka Konsep Penelitian	69
	B. Rancangan	70
	1. Jenis Penelitian	70
	2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data	70
	3. Metode Pengumpulan Data	70
	4. Subyek dan Obyek Penelitian	73
	5. Definisi Operasional	74
	6. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian	76
	7. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	77
	C. Validitas dan Reliabilitas	79
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Keterbatasan dan Kelemahan Penelitian	81
	B. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya	82
	C. Karakteristik Informan	84
	D. Data Dasar Penghitungan Perencanaan Kebutuhan Obat Publik	87
	E. Pemilihan Jenis dan Jumlah Obat Publik	92
	F. Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik	99
	G. Beberapa Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Perencanaan Kebutuhan Obat Publik	109
	H. Rekomendasi	122
	I. Hasil <i>Focus Group Discussion</i>	130
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan	155
	B. Saran	157
	DAFTAR PUSTAKA	159
	LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Pemakaian Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Se Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2004 – 2006	3
Tabel 1.2 Rekapitulasi Kunjungan Umum Pasien Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2006	7
Tabel 1.3 Keaslian Penelitian	12
Tabel 2.1. Indikator Standar Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2006	35
Tabel 3.1 Pelaksanaan Pengumpulan Data Primer di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2007.	72
Tabel 3.2 Puskesmas Terpilih Sampel Penelitian di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2007.	74
Tabel 4.1 Daftar Kode Informan Penelitian di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2007	85
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Penelitian di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2007.....	86
Tabel 4.3 Jawaban Informan Tentang Data Dasar dan Sumber Data Yang Digunakan Untuk Merencanakan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Sampai Dengan Tahun 2007	88
Tabel 4.4 Jawaban Informan Tentang Pemilihan Jenis dan Jumlah Obat Publik Yang Dibutuhkan Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Sampai Dengan Tahun 2007	93
Tabel 4.5 Jawaban Informan Tentang Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Sampai Dengan Tahun 2007	100
Tabel 4.6 Jawaban Informan Tentang Beberapa Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Pukesmas Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Sampai Dengan Tahun 2007	110

Tabel 4.7	Pendapat dan Masukan Untuk Perbaikan Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Sampai Dengan Tahun 2007	123
Tabel 4.8	Jawaban Informan Hasil <i>Focus Group Discussion</i> Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Sampai Dengan Tahun 2007	131

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Siklus Pengelolaan Obat	31
Gambar 2.2 Prosedur Pengadaan Obat	53
Gambar 2.3 Prosedur Pengadaan Obat yang Diharapkan	54
Gambar 2.4 Siklus Pengadaan Obat	56
Gambar 2.5 Perencanaan Kebutuhan Obat Publik	68
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	69
Gambar 3.2 Analisis Data Secara Interaktif	79

DAFTAR LAMPIRAN

- | | |
|-------------|--|
| Lampiran 1 | Surat Permohonan Survey / Riset dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Tasikmalaya |
| Lampiran 2 | Surat Izin Melaksanakan Survey dari Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya |
| Lampiran 3 | Pedoman Wawancara Mendalam Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Se Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Untuk Tenaga Pelaksana Farmasi Puskesmas |
| Lampiran 4 | Pedoman Wawancara Mendalam Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Se Wilayah Kota Tasikmalaya Untuk Kepala Puskesmas |
| Lampiran 5 | Pedoman Wawancara Mendalam Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Se Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Untuk Kepala Bidang Kefarmasian |
| Lampiran 6 | Pedoman <i>Focus Group Discussion</i> Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Se Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya |
| Lampiran 7 | Frame Sampel Penelitian |
| Lampiran 8 | Rekapitulasi Kunjungan Umum Pasien Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2006 |
| Lampiran 9 | Analisis ABC Rencana Pengadaan Obat Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2006 |
| Lampiran 10 | Daftar Jenis Obat Yang Ada di Bidang Kefarmasian Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2007 |
| Lampiran 11 | Transkrip Hasil Pengumpulan Data Primer |
| Lampiran 12 | Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya |

DAFTAR SINGKATAN

APBD	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
Alkes	:	Alat Kesehatan
BP	:	Balai Pengobatan
Bides	:	Bidan Desa
CPOB	:	Cara Pembuatan Obat Yang Baik
DAU	:	Dana Alokasi Umum
Depkes RI	:	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Ditjen	:	Direktorat Jenderal
DKK	:	Dinas Kesehatan Kota
DKT	:	Diskusi Kelompok Terfokus
DM	:	Diabetes Millitus
DOEN	:	Daftar Obat Esensial Nasional
DPRD	:	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DTP	:	Dengan Tempat Perawatan
FGD	:	<i>Focus Group Discussion</i>
FI	:	Farmakope Indonesia
Gakin	:	Keluarga Miskin
ISPA	:	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
JPS	:	Jaring Pengaman Sosial
Juklak	:	Petunjuk Pelaksanaan
Juknis	:	Petunjuk Teknis
Kabid	:	Kepala Bidang
Kesga	:	Kesehatan Keluarga
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak

KLB	:	Kejadian Luar Biasa
KONAS	:	Kebijaksanaan Obat Nasional
L	:	Laki-laki
LPLPO	:	Lembar Permintaan dan Lembar Pemakaian Obat
Lokbul	:	Lokakarya Bulanan
Lokmin	:	Lokakarya Mini
Menkes RI	:	Menteri Kesehatan Republik Indonesia
MIKM	:	Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
OTDA	:	Otonomi Daerah
P	:	Perempuan
P2P	:	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
PBF	:	Pedagang Besar Farmasi
PKD	:	Pelayanan Kesehatan Dasar
POM	:	Pengawasan Obat dan Makanan
Posyandu	:	Pos Pelayanan Terpadu
PPOM	:	Pusat Pengawasan Obat dan Makanan
PT Askes	:	Perseroan Terbatas Asuransi Kesehatan
Puskesling	:	Pusat Kesehatan Masyarakat Keliling
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	:	Puskesmas Pembantu
R	:	Responden
Rakon	:	Rapat Konsolidasi
RB	:	Rumah Bersalin
RITP	:	Rawat Inap Tingkat Pertama
RJTP	:	Rawat Jalan Tingkat Pertama
Rp	:	Rupiah

SDM	:	Sumber Daya Manusia
SIPKO	:	Sistem Informasi Perencanaan Kebutuhan Obat
SK	:	Surat Keputusan
SKN	:	Sistem Kesehatan Nasional
SMART	:	Sustainable, Measurable, Accesibility, Realibility, Timely
SOTK	:	Struktur Organisasi dan Tata Kerja
SPK	:	Surat Perintah Kerja
SPM	:	Standar Pelayanan Minimal
T	:	Triangulasi
Tablet Fe	:	Tablet Ferum (tablet tambah darah)
TB	:	Tuberkulosis
Th	:	Tahun
UNDIP	:	Universitas Diponegoro
UPK	:	Unit Pelayanan Kesehatan
UOPPPK	:	Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan
UPTD	:	Unit Pelaksana Teknis Dinas
US	:	United State
VEN	:	Vital, Esensial, Non Esensial
Vit. A	:	Vitamin A
WM	:	Wawancara Mendalam
WHO	:	Word Health Organization
Yanfar	:	Pelayanan Kefarmasian
Yankes	:	Pelayanan Kesehatan

MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG 2007

ABSTRAK

JOKO PUJI HARTONO (E4A 005 023)

Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) di Puskesmas Se Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya

xviii + 158 halaman + 8 tabel + 12 lampiran

Pengobatan merupakan salah satu program pokok dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD). Obat merupakan komponen esensial dari suatu pelayanan kesehatan, oleh sebab itu obat perlu dikelola dengan baik. Obat publik untuk PKD dikendalikan oleh Dinas Kesehatan Kota (DKK) Tasikmalaya berdasarkan Kebijakan Depertemen Kesehatan RI. Perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas senantiasa tidak sesuai dengan kebutuhan riil. Hal ini sering terjadi kesenjangan antara permintaan obat Puskesmas dengan perencanaan kebutuhan obat yang diusulkan. Oleh sebab itu proses perencanaan kebutuhan obat publik perlu dikaji dan ditemukan upaya pemecahannya. Tujuan penelitian untuk mengetahui metode perencanaan kebutuhan obat publik yang telah dilaksanakan di Puskesmas dan mengidentifikasi permasalahan yang berkaitan dengan perencanaan obat.

Jenis penelitian adalah observasional dengan pendekatan kualitatif yang didukung data kuantitatif. Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara mendalam, triangulasi dan *focus group discussion* (FGD), sedangkan data sekunder diperoleh dari Bidang Kefarmasian DKK. Penentuan Informan dengan cara *purposive sampling*. Informan utama dalam wawancara mendalam adalah pelaksana farmasi Puskesmas. Triangulasi dilakukan terhadap Kepala Puskesmas dan Kepala Bidang Kefarmasian. Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan FGD yang berisi 19 item pertanyaan. Pengolahan data dilakukan secara *content analysis*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas dalam merencanakan kebutuhan obat publik menggunakan metode konsumsi. Ketidaktepatan perencanaan kebutuhan obat pada umumnya disebabkan oleh data dasar yang kurang akurat, pelaksanaan pengobatan tidak rasional, perbedaan persepsi antara penulis resep dengan pelaksana farmasi tentang pengobatan rasional, Puskesmas belum memahami tentang cara merencanakan kebutuhan obat yang tepat, standar pengobatan rasional di Puskesmas belum diterapkan secara mantap.

Untuk memperbaiki perencanaan kebutuhan obat publik, DKK dapat memberikan bimbingan intensif kepada Puskesmas agar pelaksana farmasi dan penulis resep dapat memahami dan menerapkan standar pengobatan rasional di Puskesmas. Dengan demikian diharapkan perencanaan kebutuhan obat publik dapat lebih mendekati kebutuhan yang riil.

Kata Kunci : Puskesmas, Pelayanan Kesehatan Dasar, Perencanaan Obat
Kepustakaan 51, 1982 – 2007

MAGISTER OF PUBLIC HEALTH SCIENCE
ADMINISTRATION AND POLICY OF HEALTH
POST SCHOLAR PROGRAM
DIPONEGORO UNIVERSITY
SEMARANG 2007

ABSTRACT

JOKO PUJI HARTONO (E4A 005 023)

Analysis on Planning Proses of Public Drug Need For Basic Health Service in Health Centre All over Departemen of Health City, Tasikmalaya
xviii + 158 pages + 8 tables + 12 appendixes

Therapy is a principle program in basic health service. Drug is essential component from a health service, so drug has to be well managed. Public drug for basic health service is controlled by Department of Health City, Tasikmalaya based on Indonesian Ministry of Health policy. Drug need planning in Health Centre is not always in accordance with the real need. So the planning process of public drug need, needs to be studied and found out its solution. Research purposes is intended to know planning method of public drug need that had been done in Health Centre and identify some problems of drug planning.

The research is observational type with qualitative approach supported by quantitative data. Primary data collecting was done by way of interview, cross check of information and focus group discussion (FGD), whereas secondary data was found from Pharmacy Part on Departement of Health City. Informant determined by purposive sampling method. Principle informant in way of interview was pharmacist on Health Centre. Cross check of information did to Head of Health Centre and Head of Pharmacy Part. Research instrument used, is a guide of interview and FGD content questioner 19 points. Managing of data by content analysis.

The result of research show that Health Centre in making plan of public drug need used consumption method. Inaccuracy drug planning of drug need generally caused by inaccuracy basic data, irrational therapy implementation, different perception between describer and pharmacist about rational therapy, Health Centre has not known yet about method of accurate plan of drug need, rational therapy standard in Health Centre has not been applied firmly.

To improve planning of public drug need, Departement of Health City can give intensive guidance to health center in order that between pharmacist and describer can know and apply rational therapy standard in Health Centre. Thus it's hoped that public drug need planning can closer to the real need.

Key word : Health Centre, Basic Health Service, Drug Planning
Literature : 51, 1982 - 2007

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Program pembangunan kesehatan nasional mencakup lima aspek Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) yaitu bidang : Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak termasuk Keluarga Berencana, Pemberantasan Penyakit Menular dan Pengobatan. Untuk dapat melaksanakan Pelayanan Kesehatan Dasar khususnya bidang pengobatan dibutuhkan obat, oleh karena itu obat perlu dikelola dengan baik. Salah satu pengelolaan obat adalah dengan perencanaan agar persediaan sesuai dengan kebutuhan.

Di era Otonomi Daerah (OTDA) dimana pembangunan kesehatan telah menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Kabupaten / Kota) dan daerah harus bisa mengatur sendiri, termasuk memenuhi kebutuhan obat. Upaya untuk memenuhi kebutuhan obat diperlukan pengelolaan dan perencanaan yang baik. Dalam hal ini selaku pelaksana teknis dan leading sektor bidang pembangunan kesehatan di daerah adalah Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota. Dengan diberlakukannya Otonomi Daerah, setiap Kabupaten / Kota mempunyai struktur dan kebijakan sendiri dalam pengelolaan obat, selanjutnya Pengelola Obat Kabupaten / Kota disebut dengan “Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan (UPOPPK) Kabupaten / Kota”¹

Salah satu sarana atau fasilitas yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara optimal adalah perlunya daya dukung berupa ketersediaan obat untuk Pelayanan Kesehatan Dasar

(PKD) agar sesuai dengan kebutuhan. Obat untuk PKD biasa dikenal istilah Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten / Kota.¹ Tentu saja dalam rangka memenuhi kebutuhan obat publik perlu dilakukan upaya proses perencanaan yang akurat dan reliabel guna memenuhi kebutuhan obat publik di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota pada umumnya dan Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya pada khususnya.

Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya mempunyai 19 Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) yaitu : 18 Puskesmas (termasuk 16 puskesmas pembantu = pustu) dan 1 Rumah Bersalin (RB) Dewi Sartika. Dari semua UPTD yang ada selalu membutuhkan obat publik yang harus disediakan oleh Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

Obat merupakan komponen esensial dari suatu pelayanan kesehatan. Dengan pemberian obat, maka diharapkan penyakit yang diderita oleh pasien dapat sembuh. Disamping itu karena obat merupakan kebutuhan pokok masyarakat, maka persepsi masyarakat tentang output dari suatu pelayanan kesehatan adalah apabila mereka telah menerima obat setelah berkunjung di suatu sarana kesehatan baik itu dokter praktek swasta, Poliklinik, Puskesmas maupun Rumah Sakit.¹

Di era OTDA khususnya Pemerintah Kota Tasikmalaya dimana selaku penentu kebijakan adalah Walikota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) dalam menentukan besar biaya pengadaan obat pada kegiatan pelayanan bidang kefarmasian dialokasikan melalui Dana Alokasi Umum (DAU). Biaya pengadaan obat melalui DAU senantiasa tidak sesuai dengan usulan rencana kebutuhan yang diajukan oleh Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Sebagai contoh berdasarkan hasil rekapitulasi penggunaan / pemakaian obat publik untuk Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) oleh semua UPTD di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota

Tasikmalaya (tidak termasuk obat asuransi kesehatan) apabila diperhitungkan ke dalam nilai rupiah adalah sebagaimana terlihat pada tabel 1.1²

Tabel 1.1

Pemakaian Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas
Se Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Tahun 2004 – 2006

Tahun	Jumlah Pemakaian obat	Ketersediaan DAU	Kesenjangan
2004	2.243.942.000	1.931.362.000	312.581.000
2005	2.233.096.000	1.743.996.000	489.100.000
2006	2.244.951.000	1.884.350.000	360.601.000

Sumber : Bidang Farmasi Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya

Perencanaan pengadaan obat senantiasa berdasarkan alokasi dana yang tersedia bukan berdasarkan jumlah kebutuhan yang sebenarnya (direncanakan). Dalam Kebijakan Obat Nasional (KONAS) tahun 1983 yang direvisi pada tahun 2005, target kewajiban Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Kefarmasian pada tahun 2010 menyebutkan bahwa “ketersediaan obat sesuai dengan kebutuhan sebesar 90 %, pengadaan obat esensial 100 % dan pengadaan obat generik 100 %.”³

Dasar perhitungan kebutuhan biaya obat yang ideal dan rasional dalam satu tahun secara global adalah sebesar 60 % X jumlah penduduk X biaya obat per kapita. Direktur Bina Obat dan Perbekalan Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada bulan Maret 2006 dalam Rapat Konsolidasi (RAKON) tingkat Pusat di Pontianak mengemukakan bahwa standar biaya obat publik rasional menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah US \$ 2 per kapita, sedangkan Standar Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) US \$ 1 per kapita atau

diasumsikan sekira Rp 9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per kapita. Selain itu hasil Rapat Konsolidasi (RAKON) Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan tahun 2002 di Bandung merekomendasikan bahwa alokasi dana obat publik untuk PKD dalam satu tahun minimal sebesar Rp 5.000,00 (lima ribu rupiah) per kapita, artinya biaya penyediaan obat adalah sebesar jumlah penduduk X Rp. 5.000,00, namun setiap daerah masih belum mampu memenuhi kebutuhan obat sesuai dengan standar.⁴

Kota Tasikmalaya berdasarkan Sensus Nasional tahun 2005 yang memiliki jumlah penduduk sebanyak 594.158 jiwa (Laki-laki = 293.326, Perempuan = 300.832) seharusnya menyediakan biaya kebutuhan obat publik sesuai dengan standar Departemen Kesehatan adalah sebesar 60 % X 594.158 jiwa X Rp. 9.000,00 = Rp 3.208.453.200 atau apabila berdasarkan standar Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat adalah sebesar 594.158 jiwa X Rp 5.000,00 = Rp 2.970.790.000,00. sementara dana pengadaan obat publik untuk PKD di Kota Tasikmalaya tahun 2006 sebesar Rp 1.884.350.000,00 atau jika diperhitungkan perkapita sekira Rp 3.171,50. Mengingat biaya kebutuhan obat yang cukup tinggi, sementara kemampuan pemerintah sangat terbatas, maka Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya harus lebih cermat dalam upaya menyusun perencanaan agar penyediaan obat publik untuk PKD sesuai dengan kebutuhan atau permintaan semua UPTD di wilayah kerjanya.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan UPTD dalam menjalankan fungsinya yaitu melaksanakan pelayanan kesehatan dasar secara langsung kepada masyarakat salah satunya adalah kegiatan pelayanan pengobatan selalu membutuhkan obat publik. Untuk mengetahui jenis dan jumlah obat publik yang dibutuhkan, Puskesmas harus dapat menyusun perencanaan kebutuhan obat publik yang

selanjutnya diserahkan ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Sebab hal ini akan berkaitan dengan Dinas Kesehatan Kota dalam upaya memenuhi kebutuhan obat publik untuk semua Puskesmas.

Di Dinas Kesehatan Kota, perencanaan kebutuhan obat masih dilakukan secara manual dan sangat sederhana karena keterbatasan sumber daya yang dimiliki Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, sehingga sulit untuk menganalisis kebutuhan obat yang akurat, efektif dan efisien. Disamping itu masih terdapat permintaan obat tertentu dari UPTD yang tidak sesuai dengan perencanaan kebutuhan yang diusulkan ke Dinas Kesehatan Kota (terdapat obat tertentu yang mengalami kekurangan dan kelebihan) sehingga penggunaan anggaran kurang efektif dan efisien.

Hasil pengamatan sementara oleh peneliti pada bulan Mei 2007, sebagai survai pendahuluan dengan cara melihat hasil pendistribusian obat publik sampai dengan Desember 2006, terdapat permintaan beberapa jenis obat tertentu oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya tidak sesuai dengan usulan yang diajukan sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa proses perencanaan kebutuhan obat publik di tingkat Puskesmas tidak sesuai dengan kebutuhan sebenarnya. Disamping itu terdapat jenis obat tertentu dalam jumlah berlebihan, namun di sisi lain terdapat jenis obat mengalami kekurangan.

Masalah lain yang ditemui yaitu masih terdapat laporan data kunjungan umum pasien di beberapa Puskesmas tertentu yang kurang akurat dan reliabel. Hal ini akan menyebabkan permintaan obat ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya tidak sesuai dengan kebutuhan riil di Puskesmas. Dengan demikian pemakaian obat di Puskesmas tidak sesuai dengan pelaksanaan pengobatan yang sebenarnya. Sehingga perencanaan kebutuhan obat tidak tepat. Keadaan semacam ini perlu

upaya penelusuran dan tindak lanjut secara mantap sesuai dengan permasalahan yang ada. Contoh data kunjungan umum pasien dapat dilihat pada tabel 1.2. (lihat halaman berikut).

Berdasarkan uraian di atas, maka permasalahan tersebut perlu dikaji dan ditemukan upaya pemecahannya.

B. Perumusan Masalah

Dari permasalahan sebagaimana diuraikan pada latar belakang di atas, dapat diketahui inti pokok atau garis besar masalah yang ada diantaranya :

1. Permintaan obat publik oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan tidak sesuai dengan perencanaan kebutuhan obat yang diusulkan sebelumnya
2. Perencanaan kebutuhan obat publik untuk PKD di Puskesmas belum sesuai dengan kebutuhan riil.
3. Puskesmas belum dapat merencanakan kebutuhan obat secara tepat.

C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang masalah dan perumusan masalah di atas, maka permasalahan yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya adalah jumlah permintaan atau pemakaian obat publik dari semua Puskesmas tidak sesuai dengan perencanaan kebutuhan obat yang diusulkan. Oleh karena itu akan muncul beberapa pertanyaan penelitian antara lain :

1. Bagaimana cara Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dalam menyusun perencanaan kebutuhan obat secara cermat, akurat dan reliabel.
2. Bagaimana dasar perhitungan yang digunakan dalam merencanakan kebutuhan obat publik agar sesuai dengan kebutuhan di Puskesmas.
3. Faktor-faktor yang diperkirakan dapat mempengaruhi proses perencanaan kebutuhan obat publik.

4. Rekomendasi yang memungkinkan dapat diajukan untuk mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan perencanaan kebutuhan obat publik.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui metode perencanaan kebutuhan obat publik untuk PKD yang telah dilaksanakan oleh Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini diantaranya adalah untuk :

- a. Mengidentifikasi data yang dijadikan dasar perhitungan dalam merencanakan kebutuhan obat publik di Puskesmas.
- b. Mengetahui cara penentuan pemilihan jenis dan jumlah obat publik yang dibutuhkan di Puskesmas
- c. Mengetahui proses penyusunan perencanaan kebutuhan obat publik yang telah dilaksanakan oleh semua Puskesmas.
- d. Mengidentifikasi faktor-faktor yang diperkirakan dapat mempengaruhi akurasi dan reliabilitas perencanaan kebutuhan obat publik;
- e. Mengajukan alternatif rekomendasi yang dapat diajukan untuk mengatasi masalah yang dihadapi dalam perencanaan kebutuhan obat publik.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dan Puskesmas di wilayah kerjanya, dapat sebagai bahan acuan untuk menentukan kebijaksanaan yang diaplikasikan dalam rangka upaya menyusun perencanaan kebutuhan obat publik secara efektif dan efisien.
2. Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat, diharapkan sebagai referensi yang dapat menunjang proses belajar mengajar untuk kepentingan pendidikan dan penelitian terutama tentang perencanaan kebutuhan obat publik.
3. Bagi Peneliti dapat meningkatkan kemampuan dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama mengikuti pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) UNDIP Semarang terutama bidang Analisis Kebijakan Kesehatan.

F. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup Masalah

Masalah terbatas pada proses perencanaan kebutuhan obat publik untuk PKD di Puskesmas se wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

2. Lingkup Sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah Tenaga Pelaksana Farmasi di 18 Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

3. Lingkup Materi

Materi penelitian ini membahas tentang perencanaan kebutuhan obat publik di Kabupaten / Kota.

4. Lingkup Metode

Metode penelitian ini adalah penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan secara kualitatif yang didukung dengan data kuantitatif untuk menggali informasi tentang proses perencanaan kebutuhan obat publik oleh Puskesmas. Penelitian ini merupakan studi kasus dimana data primer yang diperoleh berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan responden dan Diskusi Kelompok Terarah (*Focus Group Discussion = FGD*), sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil studi dokumentasi.

5. Lingkup Waktu

Penelitian direncanakan akan dilaksanakan pada bulan Juni sampai dengan Agustus 2007

6. Lingkup Lokasi

Penelitian dilaksanakan di semua Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

G. Keaslian Penelitian

Beberapa keaslian hasil penelitian dapat ditunjukkan pada tabel 1.3.

Tabel 1.3
Keaslian Penelitian

Perbedaan	Penelitian ini	Mustika ⁵	Masiri ⁶
Fokus	Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Untuk PKD di Puskesmas	Ketersediaan Obat Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pasca Otonomi Daerah	Upaya Perbaikan dan Distribusi Obat Puskesmas melalui Monitoring Training Planning (MTP)
Tempat	Kota Tasikmalaya	Bengkulu Selatan	Kabupaten Kaloka
Jenis Penelitian	Observasional dengan pendekatan waktu <i>survey cross sectional</i>	Deskriptif – Analitik	Eksperimental kuasi dengan rancangan <i>Pre - Post with control study</i>
Unit Analisis	Puskesmas di wilayah kerja Kota Tasikmalaya. Subyek penelitian adalah Tenaga Pelaksana Farmasi Puskesmas	Studi dokumentasi : Peraturan Perundang-undangan Otonomi Daerah, dokumen tentang anggaran pengadaan obat, pola demografi dan penyakit, data pemakaian obat, stok obat, standar pengobatan Puskesmas dan LPLPO	Puskesmas sebanyak 18 dibagi dalam 3 kelompok untuk dilakukan intervensi : Kelompok I dengan supervisi dan umpan balik lisan 1 kali, kelompok dan umpan balik lisan 3 kali, kelompok III dengan MTP. Subyek penelitian adalah tenaga pengelola obat Puskesmas dan Pustu
Analisis Data	Analisis kualitatif dengan cara <i>content analysis</i>	Analisis kualitatif dengan cara <i>content analysis</i>	Data kuantitatif dengan menggunakan uji-t dan perbandingan secara visual
Perbedaan	Penelitian ini	Mustika ⁵	Masiri ⁶
Hasil	Hasil penelitian ini diharapkan dapat	Ketersediaan obat publik pada 10	Perbandingan antara

Penelitian	<p>mengetahui :</p> <p>a. Gambaran tentang proses perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas</p> <p>b. Puskesmas dapat memperoleh gambaran tentang metode perencanaan kebutuhan obat publik yang efektif dan efisien</p>	<p>besar jenis penyakit terbanyak</p> <p>Tingkat ketersediaan anggaran untuk pengadaan obat publik</p>	<p>hasil intervensi MTP dengan supervisi dan umpan balik sebanyak 1 kali dan 3 kali dengan intervensi terhadap kemampuan pengelolaan obat dalam menganalisis, mengingat kembali pengelolaan obat dan pengambilan keputusan.</p> <p>Pelaksanaan MTP lebih meningkatkan pengetahuan pengelola obat dibanding pelaksanaan supervisi dan umpan balik lisan 1 kali dan 3 kali</p>
------------	--	--	--

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perencanaan

Perencanaan merupakan salah satu fungsi yang sangat penting dalam manajemen, karena dengan adanya perencanaan akan menentukan fungsi manajemen lainnya terutama pengambilan keputusan. Fungsi perencanaan merupakan landasan dasar dari fungsi manajemen secara keseluruhan. Tanpa adanya perencanaan, pelaksanaan kegiatan tidak akan berjalan dengan baik. Dengan demikian perencanaan merupakan suatu pedoman atau tuntunan terhadap proses kegiatan untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien.⁷

1. Pengertian perencanaan

Para ahli di bidang manajemen telah mengemukakan definisi atau pengertian tentang perencanaan, namun setiap pengertian perencanaan senantiasa memiliki batasan yang berbeda tergantung ahli manajemen yang mengemukakan. Perencanaan di bidang kesehatan pada dasarnya merupakan suatu proses untuk merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang harus disediakan, menetapkan tujuan yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Dari batasan tersebut, perencanaan akan menjadi efektif jika sebelumnya dilakukan perumusan masalah berdasarkan fakta⁷

Kast dan Rosenzweig (diterjemahkan oleh Ali) mengemukakan bahwa perencanaan adalah proses memutuskan di depan, apa yang

akan dilakukan dan bagaimana.⁸ Menurut Hasibuan perencanaan adalah pekerjaan mental untuk memilih sasaran, kebijakan, prosedur dan program yang diperlukan untuk mencapai apa yang diinginkan pada masa yang akan datang. Sedangkan rencana adalah sejumlah keputusan mengenai keinginan dan berisi pedoman pelaksanaan untuk mencapai tujuan yang diinginkan itu. Jadi setiap rencana mengandung unsur tujuan dan pedoman.⁹ Menurut Newman (diterjemahkan oleh Handayaniingrat) mengatakan bahwa perencanaan adalah keputusan apa yang akan dikerjakan untuk waktu yang akan datang, yaitu suatu rencana yang diproyeksikan dalam suatu tindakan. (*Plannning is deciding in advanced what is to be done, that is a plan, it is projected a course of action*)¹⁰

2. Asas-asas Perencanaan (*principles of planning*)

Ada beberapa prinsip dalam suatu perencanaan antara lain : ⁹

- a. Setiap perencanaan dan segala perubahannya harus ditujukan kepada pencapaian tujuan (*principle of contribution to objective*)
- b. Suatu perencanaan efisien, jika perencanaan itu dalam pelaksanaannya dapat mencapai tujuan dengan biaya uang sekecil-kecilnya (*principle of efficiency of planning*)
- c. Asas mengutamakan perencanaan (*principle of primary of planning*) Perencanaan merupakan keperluan utama para pemimpin dan fungsi manajemen lainnya (*organizing, staffing, directing dan controlling*). Seorang tidak akan dapat melaksanakan fungsi manajemen lainnya tanpa mengetahui tujuan dan pedoman dalam menjalankan kebijaksanaan.

- d. Asas kebijaksanaan pola kerja (*principle of policy frame work*).
Kebijaksanaan dapat mewujudkan pola kerja, prosedur-prosedur kerja dan program kerja tersusun.
- e. Asas waktu (*principle of timing*). Waktu perencanaan relatif singkat dan tepat
- f. Asas keterikatan (*the commitment principle*). Perencanaan harus memperhitungkan jangka waktu keterkaitan yang diperlukan untuk pelaksanaan pekerjaan
- g. Asas fleksibilitas (*the principle of flexibility*). Perencanaan yang efektif memerlukan fleksibilitas, tetapi bukan berarti mengubah tujuan
- h. Asas alternatif (*principle of alternative*). Alternatif pada setiap rangkaian kerja dan perencanaan meliputi pemilihan rangkaian alternatif dalam pelaksanaan pekerjaan, sehingga tercapai tujuan yang telah ditetapkan

Dari uraian di atas dapat disimpulkan antara lain :

- a. Perencanaan merupakan fungsi utama manajer. Pelaksanaan pekerjaan tergantung pada baik buruknya suatu rencana
- b. Perencanaan harus diarahkan pada tercapainya tujuan. Jika tujuan tidak tercapai mungkin disebabkan oleh kurang baiknya suatu rencana
- c. Perencanaan harus didasarkan atas kenyataan-kenyataan objektif dan rasional untuk mewujudkan adanya kerja sama yang efektif
- d. Perencanaan harus mengandung atau dapat diproyeksikan kejadian-kejadian pada masa yang akan datang

- e. Perencanaan harus memikirkan matang-matang tentang anggaran, kebijaksanaan, program, prosedur, metode dan standar untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan
 - f. Perencanaan harus memberikan dasar kerja dan latar belakang bagi fungsi-fungsi manajemen lainnya.
3. Maksud Perencanaan (*purpose of planning*)

Maksud dari suatu perencanaan antara lain : ⁹

- a. Perencanaan merupakan salah satu fungsi manajer yang meliputi seleksi atas alternatif-alternatif tujuan, kebijaksanaan, prosedur dan program.
 - b. Perencanaan, sebagian merupakan usaha membuat hal-hal terjadi sebagaimana yang dikehendaki
 - c. Perencanaan adalah suatu proses pemikiran, penentuan tindakan-tindakan secara sadar berdasarkan keputusan menyangkut tujuan, fakta dan ramalan
 - d. Perencanaan adalah usaha menghindari kekosongan tugas, tumpang tindih dan meningkatkan efektivitas potensi yang dimiliki
4. Tujuan Perencanaan (*objective of planning*)

Beberapa tujuan dari perencanaan secara objektif antara lain :⁹

- a. Perencanaan bertujuan untuk menentukan tujuan, seleksi atas alternatif-alternatif tujuan, kebijakan-kebijakan, prosedur dan program serta memberikan pedoman cara-cara pelaksanaan yang efektif dalam mencapai tujuan
- b. Perencanaan adalah suatu usaha untuk memperkecil risiko yang dihadapi pada masa yang akan datang
- c. Perencanaan menyebabkan kegiatan-kegiatan dilakukan secara teratur dan bertujuan

- d. Perencanaan memberikan gambaran yang jelas dan lengkap tentang seluruh pekerjaan
- e. Perencanaan membantu penggunaan suatu alat pengukuran hasil kerja
- f. Perencanaan membantu peningkatan daya guna dan hasil guna organisasi

5. Manfaat Perencanaan (*purpose of planning*)

Ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh dengan adanya perencanaan dalam suatu organisasi. Dengan adanya perencanaan, maka akan diketahui antara lain :⁷

- a. Tujuan yang ingin dicapai dan cara mencapainya,
- b. Jenis dan struktur yang dibutuhkan,
- c. Bentuk dan standar yang akan dilakukan

Selain itu, dengan adanya perencanaan akan diperoleh beberapa keuntungan dan kelemahan. Beberapa keuntungan yang dapat diperoleh dari adanya perencanaan antara lain :

- a. Perencanaan memberikan landasan pokok fungsi manajemen terutama pengawasan,
- b. Perencanaan akan mengurangi atau menghilangkan jenis pekerjaan yang tidak produktif,
- c. Perencanaan dapat dipakai untuk mengukur hasil kegiatan yang telah dicapai, karena dalam perencanaan ditetapkan berbagai standar
- d. Perencanaan dapat menyebabkan berbagai macam aktivitas organisasi untuk mencapai tujuan tertentu dan dapat dilakukan secara teratur.

Sebaliknya, perencanaan juga mempunyai beberapa kelemahan yaitu antara lain :

- a. Perencanaan yang baik memerlukan sejumlah dana,
- b. Perencanaan menghambat timbulnya inisiatif. Gagasan baru untuk mengadakan perubahan harus ditunda sampai tahap perencanaan berikutnya,
- c. Perencanaan mempunyai keterbatasan mengukur informasi dan fakta di masa mendatang dengan tepat
- d. Perencanaan mempunyai hambatan psikologis bagi organisasi karena harus menunggu dan melihat hasil yang akan dicapai.
- e. Perencanaan juga akan menghambat tindakan baru yang harus diambil oleh pelaksana

Meskipun perencanaan mempunyai kelemahan, namun manfaat yang diperoleh akan lebih banyak. Oleh karena itu perencanaan bukan hanya seharusnya dilakukan, tetapi harus dilakukan.¹¹

6. Ciri-ciri Perencanaan

Secara sederhana, perencanaan yang baik mempunyai ciri-ciri antara lain :¹²

- a. Bagian dari sistem administrasi

Perencanaan pada dasarnya merupakan salah satu dari fungsi administrasi yang amat penting. Pekerjaan administrasi tanpa didukung dengan perencanaan bukan merupakan pekerjaan administrasi yang baik

- b. Dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan

Perencanaan penting untuk dilaksanakan, apabila hasilnya telah dinilai lalu dilanjutkan lagi dengan perencanaan dan seterusnya sehingga tidak mengenal titik akhir.

c. Berorientasi pada masa depan

Hasil dari perencanaan, apabila dapat dilaksanakan akan mendatangkan berbagai kebaikan baik pada saat ini maupun masa yang akan datang

d. Mampu menyelesaikan masalah

Perencanaan dapat menyelesaikan berbagai masalah dan tantangan yang dihadapi sesuai dengan kemampuan. Penyelesaian masalah dan tantangan dilakukan secara bertahap

e. Mempunyai tujuan

Perencanaan yang baik mempunyai tujuan umum yang berisikan uraian secara garis besar dan tujuan khusus yang berisikan uraian yang lebih spesifik

f. Bersifat mampu kelola

Perencanaan bersifat mampu kelola artinya bersifat wajar, logis, objektif, jelas, runtun, fleksibel dan sesuai dengan sumber daya yang ada.

7. Macam Perencanaan

Beberapa macam perencanaan dapat ditinjau dari jangka waktu, frekuensi penggunaan dan tingkatan rencana.

Perencanaan ditinjau dari jangka waktu berlakunya rencana, dapat dibedakan atas :

a. Perencanaan jangka panjang (*long-range planning*)

Perencanaan jangka panjang apabila berlakunya rencana antara 12 – 20 tahun

b. Perencanaan jangka menengah (*medium-range planning*)

Perencanaan jangka menengah apabila berlakunya rencana antara 5 – 7 tahun

c. Perencanaan jangka pendek (*short-range planning*)

Perencanaan jangka pendek apabila berlakunya rencana hanya untuk jangka waktu 1 tahun

Perencanaan ditinjau dari frekuensi penggunaan rencana yang dihasilkan dapat dibedakan atas :

a. Digunakan satu kali (*single-use planning*)

Perencanaan digunakan satu kali apabila rencana yang dihasilkan hanya dapat dipergunakan satu kali. Perencanaan seperti ini dilakukan karena memang tidak dapat digunakan lagi.

b. Digunakan berulang kali (*repeat-use planning*)

Perencanaan dengan frekuensi penggunaan berulang kali apabila rencana yang dihasilkan dapat dipergunakan lebih dari satu kali. Perencanaan model ini dapat dilakukan apabila situasi dan kondisi lingkungan normal dan tidak terjadi perubahan yang mencolok. Perencanaan berulang kali sering dikenal dengan nama perencanaan standar (*standard planning*)

Perencanaan ditinjau dari tingkatan (hirarki) rencana dapat dibedakan atas :

a. Perencanaan induk (*master planning*)

Perencanaan induk apabila rencana yang dihasilkan lebih menitikberatkan pada aspek kebijakan, mempunyai ruang lingkup yang sangat luas dan berlaku untuk jangka waktu yang panjang.

b. Perencanaan operasional (*operational planning*)

Perencanaan operasional adalah apabila rencana yang dihasilkan lebih menitikberatkan pada aspek pedoman pelaksanaan yang akan dipakai sebagai petunjuk pada waktu melaksanakan kegiatan

c. Perencanaan harian (*day-to-day planning*)

Perencanaan harian adalah apabila rencana yang dihasilkan telah disusun secara rinci. Rencana ini biasanya disusun untuk program yang bersifat rutin

8. Sifat Perencanaan

Suatu perencanaan yang baik berifat rasional, lentur dan kontinu.

- a. Perencanaan bersifat rasional, artinya harus dibuat berdasarkan pemikiran-pemikiran dan perhitungan secara masak bukan berdasarkan khayalan, sehingga dapat dibahas secara logis
- b. Perencanaan bersifat lentur, artinya luwes, dimana pun, dalam keadaan bagaimana pun serta bilamana pun perencanaan itu cocok, dapat mengikuti dan dapat dilaksanakan.
- c. Perencanaan harus bersifat kontinu atau terus menerus, artinya membuat perencanaan bukan hanya satu kali saja, akan tetapi dibuat secara terus menerus disesuaikan dengan perkembangan situasi.

B. Pengertian Obat

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, obat adalah bahan yang digunakan untuk mengurangi, menghilangkan penyakit atau menyembuhkan seseorang dari penyakit.¹⁴ Dari pengertian tersebut tampak bahwa pengertian obat dalam arti yang sempit hanya untuk proses penyembuhan saja. Padahal obat bukan hanya digunakan untuk

penyembuhan terhadap penyakit saja, tetapi juga digunakan untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan dan memulihkan kesehatan bahkan dapat juga digunakan untuk mendiagnosa suatu penyakit.

Menurut Bahfen¹⁵ bahwa obat merupakan bahan atau campuran bahan yang digunakan untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, mengobati penyakit, memulihkan kesehatan dan mendiagnosa suatu penyakit yang dapat mempengaruhi fungsi tubuh.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43/Menkes/SK/II/1988 tentang Cara Pembuatan Obat Yang Baik (CPOB), obat adalah tiap bahan atau campuran bahan yang dibuat, ditawarkan untuk dijual atau disajikan untuk digunakan (1) dalam pengobatan, peredaran, pencegahan atau diagnosa suatu penyakit, suatu kelainan fisik atau gejala-gejalanya pada manusia atau hewan; atau (2) dalam pemulihan, perbaikan atau pengubahan fungsi organis pada manusia atau hewan.¹⁶

Dalam Undang-Undang RI Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan Bab I pasal 1 tidak disebutkan mengenai pengertian obat, tetapi pengertian tentang sediaan farmasi. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetik.¹⁷

Menurut Anief¹⁸ definisi obat ialah suatu zat yang digunakan untuk diagnose pengobatan, melunakan, menyembuhkan atau mencegah penyakit pada manusia dan hewan.

Beberapa istilah yang perlu diketahui tentang obat, antara lain :¹⁸

1. Obat jadi adalah obat dalam keadaan murni atau campuran dalam bentuk serbuk, cairan, salep, tablet, pil, supositoria atau bentuk lain yang mempunyai nama teknis sesuai dengan Farmako Indonesia (FI) atau buku lain

2. Obat paten yakni obat jadi dengan nama dagang yang terdaftar atas nama si pembuat atau yang dikuasakannya dan dijual dalam bungkus asli dari pabrik yang memproduksinya
3. Obat baru adalah obat yang terdiri atau berisi suatu zat baik sebagai bagian yang berkhasiat maupun yang tidak berkhasiat, misalnya lapisan, pengisi, pelarut, bahan pembantu (vehiculum) atau komponen lain yang belum dikenal, hingga tidak diketahui khasiat dan keamanannya
4. Obat esensial adalah obat yang paling dibutuhkan untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat terbanyak yang meliputi diagnosa, profilaksis terapi dan rehabilitasi
5. Obat generik berlogo adalah obat esensial yang tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan mutunya terjamin karena diproduksi sesuai dengan persyaratan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) dan diuji ulang oleh Pusat Pemeriksaan Obat dan Makanan Departemen Kesehatan (PPOM Depkes). PPOM Depkes saat sekarang telah menjadi Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden.

Menurut Kristin¹⁹, obat esensial adalah obat yang paling dibutuhkan untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi sebagian populasi yang harus tersedia setiap saat dalam jumlah yang cukup dan harga terjangkau serta memiliki kemanfaatan yang tinggi baik untuk keperluan diagnostik, profilaksis terapeutik dan rehabilitasi.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : 1375.A/Menkes/SK/XI/2002 tanggal 4 Nopember 2002 tentang Daftar Obat Esensial Nasional 2002, obat esensial adalah obat yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis,

profilaksis, terapi dan rehabilitasi, yang diupayakan tersedia pada unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya.²⁰

C. Dasar Kebijakan Umum Obat

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah disebutkan bahwa Subsistem obat dan perbekalan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pemenuhan kebutuhan serta pemanfaatan dan pengawasan obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan subsistem obat dan perbekalan kesehatan adalah tersedianya obat dan perbekalan kesehatan yang mencukupi, terdistribusi secara adil dan merata serta termanfaatkan secara berdaya guna dan berhasil guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur utama subsistem obat dan perbekalan kesehatan terdiri dari perencanaan, pengadaan, pemanfaatan dan pengawasan, yakni : ²¹

1. Perencanaan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah dan mutu obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan
2. Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan jenis, jumlah dan mutu yang telah direncanakan sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan
3. Pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya pemerataan dan peningkatan keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan.

4. Pengawasan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya menjamin ketersediaan, keterjangkauan, keamanan serta kemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan

Dalam penyelenggaraan subsistem obat dan perbekalan kesehatan mengacu pada beberapa prinsip antara lain :²¹

1. Obat dan perbekalan kesehatan adalah kebutuhan dasar manusia dan karena itu tidak diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata
2. Obat dan perbekalan kesehatan sebagai barang publik harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya, dan karena itu penetapan harga obat dan perbekalan kesehatan tidak diserahkan kepada mekanisme pasar melainkan dikendalikan oleh pemerintah
3. Pengadaan obat, yang mengutamakan obat esensial generik bermutu, serta penyediaan perbekalan kesehatan, diselenggarakan secara adil dan merata serasi terjangkau oleh masyarakat, melalui optimalisasi industri nasional yang didukung oleh industri bahan baku sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
4. Pengadaan dan pemanfaatan obat di sarana pelayanan kesehatan mengacu pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN)
5. Pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan secara rasional dengan memperhatikan aspek mutu, manfaat, harga, kemudahan diakses serta keamanan bagi masyarakat dan lingkungannya

Bentuk pokok subsistem obat dan perbekalan kesehatan antara lain :²¹

1. Perencanaan obat dan perbekalan kesehatan secara nasional diselenggarakan oleh pemerintah

2. Perencanaan obat merujuk pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang ditetapkan oleh pemerintah bekerja sama dengan organisasi profesi
3. Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan oleh pembangunan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah
4. Pendistribusian obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan melalui Pedagang Besar Farmasi (PBF)
5. Pemerataan obat dan perbekalan kesehatan diarahkan pada pemakaian obat-obat esensial generik
6. Peningkatan keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan dilaksanakan melalui kajian dan penetapan harga secara berkala oleh pemerintah bersama pengusaha dengan menggunakan harga obat produksi industri farmasi pemerintah sebagai acuan (*price leader*)
7. Pengawasan mutu produksi obat dan perbekalan kesehatan pada tahap pertama dilakukan oleh industri yang bersangkutan sesuai dengan CPOB yang ditetapkan oleh pemerintah
8. Pengawasan distribusi, promosi serta pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan, termasuk efek samping serta pengendalian harganya dilakukan oleh pemerintah bekerja sama dengan kalangan pengusaha, organisasi profesi dan masyarakat

D. Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD)

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya Kesehatan wajib tersebut adalah :²²

1. Upaya Promosi Kesehatan
2. Upaya Kesehatan Lingkungan
3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
4. Upaya Perbaikan Gizi
5. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
6. Pengobatan.

Jenis kegiatan dalam Pelayanan Kesehatan Dasar meliputi : ²³

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), yang termasuk dalam kegiatan ini antara lain :
 - a. Tindakan medis sederhana
 - b. Pemeriksaan dan pengobatan gigi (cabut dan tambal)
 - c. Pemberian obat-obatan sesuai dengan ketentuan
 - d. Pelayanan dan pengobatan gawat darurat
2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), yang termasuk dalam kegiatan ini antara lain :
 - a. Tindakan medis
 - b. Pemberian obat-obatan, bahan habis pakai
3. Pelayanan Kesehatan di luar gedung, yang termasuk dalam kegiatan ini antara lain :
 - a. Pelayanan rawat jalan dengan Puskesmas Keliling baik roda empat maupun roda dua
 - b. Pelayanan kesehatan di Posyandu
 - c. Pelayanan kesehatan melalui kunjungan rumah (perawatan kesehatan masyarakat)

Menurut Azwar¹² yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health service*), yang sangat dibutuhkan oleh

sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat rawat jalan (*ambulatory / out patient service*).

E. Dasar-dasar Fungsi Manajemen Logistik Obat

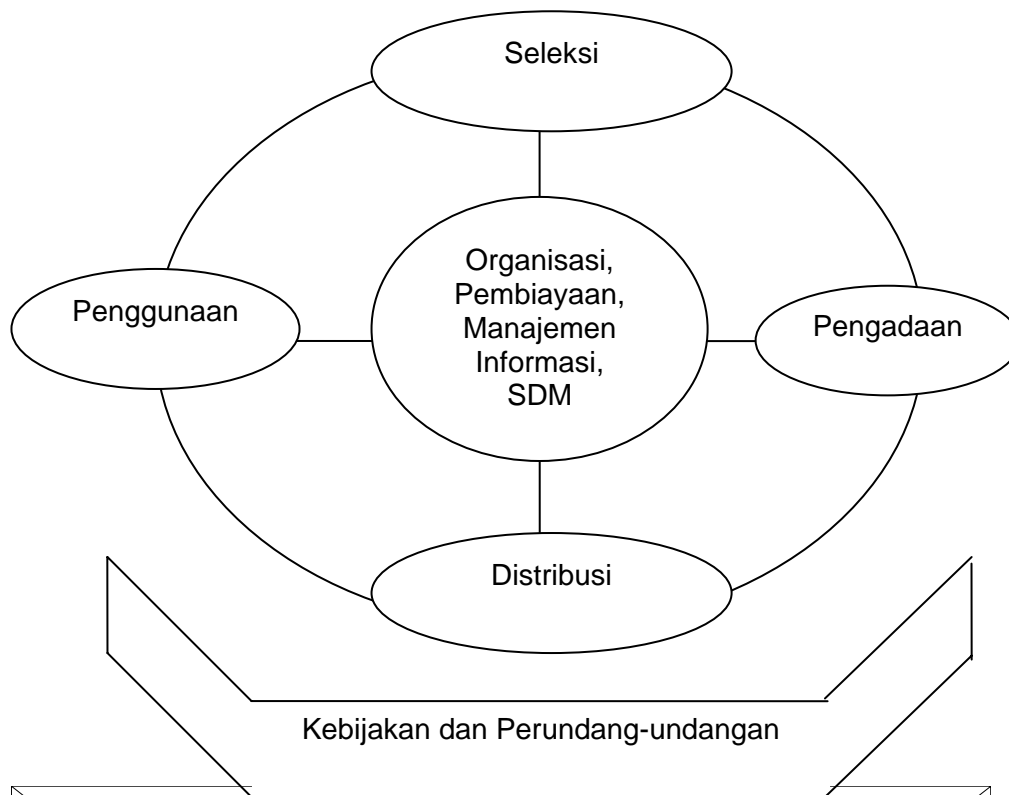
Pengelolaan obat merupakan suatu proses yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Proses pengelolaan obat dapat terwujud dengan baik apabila didukung dengan kemampuan sumber daya yang tersedia dalam suatu sistem. Tujuan utama pengelolaan obat Kabupaten / Kota adalah tersedianya obat yang berkualitas baik, tersebar secara merata, jenis dan jumlah sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di unit pelayanan kesehatan.²⁴ Pengelolaan obat yang efektif dan efisien diharapkan dapat menjamin :²⁴

1. Tersedianya rencana kebutuhan jenis dan jumlah obat sesuai dengan kebutuhan PKD di Kabupaten / Kota
2. Tersedianya anggaran pengadaan obat yang dibutuhkan sesuai dengan waktunya
3. Terlaksananya pengadaan obat yang efektif dan efisien
4. Terjaminnya penyimpanan obat dengan mutu yang baik
5. Terjaminnya pendistribusian obat yang efektif dengan waktu tunggu (*lead time*) yang pendek
6. Terpenuhinya kebutuhan obat yang mendukung PKD sesuai dengan jenis, jumlah dan waktu yang dibutuhkan
7. Tersedianya sumber daya manusia (SDM) dengan jumlah dan kualifikasi yang tepat

8. Digunakannya obat secara rasional sesuai dengan pedoman yang disepakati.
9. Tersedianya informasi pengelolaan dan penggunaan obat yang sah, akurat dan mutakhir.

Untuk mencapai tujuan tersebut, maka Sistem Pengelolaan dan Penggunaan Obat Kabupaten / Kota mempunyai 4 fungsi dasar, yaitu : perumusan kebutuhan (*selection*), pengadaan (*procurement*), distribusi (*distribution*) dan penggunaan obat (*use*). Keempat fungsi tersebut didukung oleh penunjang pengelolaan yang terdiri dari organisasi (*organization*), pembiayaan dan kesinambungan (*financing and sustainability*), pengelolaan informasi (*information management*) dan pengelolaan dan pengembangan SDM (*human resources management*). Pelaksanaan keempat fungsi dasar dan keempat elemen sistem pendukung pengelolaan tersebut didasarkan pada kebijakan (*policy*) dan atau peraturan perundangan yang mantap serta didukung oleh kepedulian masyarakat dan petugas kesehatan terhadap program bidang obat dan pengobatan. Hubungan antara fungsi, sistem pendukung dan dasar pengelolaan obat dapat digambarkan seperti skema berikut :²⁴

Gambar 2.1. Siklus Pengelolaan Obat



Sumber : Badan Pengawasan Obat dan Makanan, 2001

Pada prinsipnya perencanaan obat merupakan suatu proses kegiatan menentukan jenis dan jumlah obat dalam rangka pengadaan obat agar sesuai dengan kebutuhan untuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Adapun tujuan perencanaan pengadaan obat antara lain untuk :²⁵

1. Mengetahui jenis dan jumlah obat yang tepat sesuai dengan kebutuhan,
2. Menghindari terjadinya kekosongan obat,
3. Meningkatkan penggunaan obat yang rasional,
4. Meningkatkan efisiensi penggunaan obat.

Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Ditjen Yanfar dan

Alkes Depkes RI) menyebutkan bahwa perencanaan pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan adalah salah satu fungsi yang menentukan dalam proses pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan. Tujuan perencanaan pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan adalah untuk menetapkan jenis dan jumlah obat sesuai dengan pola penyakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar termasuk program kesehatan yang telah ditetapkan. Proses perencanaan pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan diawali dari data yang disampaikan Puskesmas ke Unit Pengelola Obat / Gudang Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota yang selanjutnya dokompilasi menjadi rencana kebutuhan obat publik dan perbekalan kesehatan Kabupaten / Kota yang dilengkapi dengan teknik-teknik perhitungannya.²⁶

Disamping itu Ditjen Yanfar dan Alkes Depkes RI juga mengatakan bahwa perencanaan kebutuhan obat untuk Puskesmas setiap periode dilaksanakan oleh Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Puskesmas. Data mutasi obat yang dihasilkan oleh Puskesmas merupakan salah satu faktor dalam mempertimbangkan perencanaan kebutuhan obat tahunan. Data ini sangat penting untuk perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas. Ketepatan dan kebenaran data di Puskesmas akan berpengaruh terhadap ketersediaan dan perbekalan kesehatan secara keseluruhan di Kabupaten / Kota. Dalam proses perencanaan kebutuhan obat per tahun, Puskesmas diminta menyediakan data pemakaian obat dengan menggunakan Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) yaitu formulir yang lazim digunakan di unit pelayanan kesehatan dasar milik pemerintah. Selanjutnya Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan (UPOPPK) yaitu Pengelola Obat di tingkat Kota seperti Gudang Farmasi,

Seksi Farmasi dan Alkes yang akan melakukan kompilasi dan analisa terhadap kebutuhan obat Puskesmas di wilayah kerjanya. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 72 tahun 1999 tentang Pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, yang diperkenankan untuk melakukan penyediaan obat adalah apoteker. Untuk itu Puskesmas tidak diperkenankan melakukan pengadaan obat secara sendiri-sendiri.²⁷

Badan Pengawas Obat dan Makanan menyebutkan bahwa perencanaan kebutuhan obat adalah salah satu aspek penting dan menentukan dalam pengelolaan obat karena perencanaan kebutuhan akan mempengaruhi pengadaan, pendistribusian dan penggunaan obat di unit pelayanan kesehatan. Tujuan perencanaan kebutuhan obat adalah untuk menetapkan jenis dan jumlah obat sesuai dengan pola penyakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar termasuk program kesehatan yang telah ditetapkan.²⁴

Dalam UU RI Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan kaitan dengan perencanaan obat, Bab V bagian ke-11 pasal 40 menyebutkan bahwa Sediaan farmasi yang berupa obat dan bahan obat harus memenuhi syarat Farmakope Indonesia (FI) dan atau buku standar lain.¹⁷

Menurut Kristin ada enam langkah utama yang harus dilakukan dalam proses perencanaan obat :¹⁹

1. Menetapkan Tim Perencanaan Logistik
2. Menetapkan tujuan perencanaan logistik obat
3. Menetapkan prioritas
4. Menggambarkan keadaan setempat dan ketersediaan sumber daya
5. Mengidentifikasi kelemahan dalam proses logistik
6. Membuat rancangan perbaikan

Data yang diperlukan untuk mendukung proses perencanaan obat antara lain :¹⁹

1. Data populasi total di suatu wilayah dan rata-rata pertumbuhan penduduk per tahun
2. Data status kesehatan yang menyangkut angka penyakit terbanyak pada dewasa dan anak
3. Data yang berkaitan dengan obat, seperti jumlah penulis resep (*prescriber*), jumlah biaya yang tersedia, jumlah farmasis dan asisten apoteker dan jumlah item obat yang tersedia di pasaran

F. Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan

Macam jenis obat publik dan perbekalan kesehatan senantiasa berubah dalam kurun waktu tertentu, karena menyesuaikan perkembangan situasi. Ketentuan jenis obat publik dan perbekalan kesehatan setiap tahun diatur oleh Departemen Kesehatan RI melalui Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Jenis dan harga obat publik dan perbekalan kesehatan pada tahun 2006 sebanyak 156 item yang diatur dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 156 / Menkes / SK / III / 2006 tentang Harga Jual Obat Generik Tahun 2006.²⁸⁾ Jenis obat publik dan perbekalan kesehatan pada tahun 2007 telah ditentukan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Surat Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI (Ditjen Bina Kefarmasian dan Alkes Depkes RI) Nomor : YF.05.DJ.IV.199 tanggal 27 Februari 2007 perihal Daftar Obat dan Perbekalan Kesehatan Untuk PKD, sedangkan harga obat publik dan perbekalan kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 720/Menkes/SK/IV/2006 tanggal 11 September 2006 tentang Harga Obat

Generik yang sekarang telah disempurnakan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 521/Menkes/SK/IV/2007 tanggal 24 April 2007 tentang Harga Obat Generik.²⁹ Dalam Surat Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Dep Kes RI Nomor : YF.05.DJ.IV.199 disebutkan bahwa obat publik dan perbekalan kesehatan sebanyak 226 item.³⁰

Indikator standar obat publik dan perbekalan kesehatan wilayah Jawa Barat telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat yaitu :³¹

Tabel 2.1

Indikator Standar Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan
Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2006

No	Nama / Jenis Obat	Kemasan
A.	Obat Publik :	
1	Amoxycilin syrup kering 125 mg / 5 ml	60 ml / botol
2	Asam Askorbat (Vit C) 50 mg	1000 tablet / botol
3	Dextrometorphan 15 mg	1000 tablet / botol
4	Diphenhydramin HCL inj. 10mg/ml	30 ampul / kotak
5	Garam oralit	100 kantong / kotak tahan lembab
6	Glyseril Guayacolat tablet 100 mg	1000 tablet / botol
7	Glukosa larutan inf. 5 % steril (produk lokal)	500 ml / botol
8	Ibuprofen tablet 200 mg	100 tablet / botol
9	Kloramfenikol kapsul 250 mg	250 kapsul / botol
10	Klorfeniramin Maleat (CTM) 4 mg	1000 tablet / botol
11	Kotrimoksazol tablet 480 mg tablet	Kotak 10 X 10 tablet
12	Kotrimoksazol 120 mg	Kotak 10 X 10 tablet
13	Natrium Klorida larutan infus 0,9 % steril (produk lokal)	Plastik 500 ml / botol
14	Paracetamol tablet 500 mg	1000 tablet / botol
15	Prednison tablet 5 mg	1000 tablet / botol
16	Ringer lactat larutan infus steril (produk lokal)	Botol 500 ml
17	Tetracyclin HCL kapsul 250 mg	1000 kapsul / botol
18	Vitamin B Kompleks tablet	1000 tablet / botol
B.	Perbekalan Kesehatan :	
1	Ferro Sulfat tablet 300 mg	1000 tablet / botol
2	Infus set dewasa	Set / kantong
3	Infus set nak	Set / kantong
4	Kloroquin tablet 250 mg	100 tablet
5	Kotrimoksazol suspensi	60 ml / botol
6	Obat Antituberkulosis Kategori 1 dewasa	Paket / dos
7	Obat Antituberkulosis Kategori 2 dewasa	Paket / dos

No	Nama / Jenis Obat	Kemasan
8	Obat Antituberkulosis Kategori 3 dewasa	Paket / dos
9	Obat Antituberkulosis Sisipan dewasa	Paket / dos
10	Obat Antituberkulosis Kategori Anak	Paket / dos
11	Prokain Benzin Penisilin G. Inj. 3 jt iu / vial	30 vial / kotak
12	Retinol (Vit A) 200.000 iu	50 kapsul / botol

Sumber : Bidang Kefarmasian Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, 2006

G. Perencanaan Kebutuhan Obat Publik

Perencanaan kebutuhan obat merupakan kegiatan utama sebelum melakukan proses pengadaan obat. Langkah-langkah yang diperlukan dalam kegiatan perencanaan kebutuhan obat antara lain :

1. Tahap Pemilihan Obat¹

Fungsi pemilihan / seleksi obat adalah untuk menentukan jenis obat yang benar-benar diperlukan sesuai dengan pola penyakit. Dasar-dasar seleksi kebutuhan obat meliputi :

- a. Obat dipilih berdasarkan seleksi ilmiah, medis dan statistik yang memberikan efek terapi jauh lebih baik dibandingkan dengan risiko efek samping yang ditimbulkan
- b. Jenis obat yang dipilih seminimal mungkin untuk menghindari duplikasi dan kesamaan jenis. Apabila jenis obat dengan indikasi sama dalam jumlah banyak, maka kita memilih berdasarkan “*drug of choice*” dari penyakit yang prevalensinya tinggi
- c. Jika ada obat baru, harus ada bukti yang spesifik untuk terapi yang lebih baik
- d. Menghindari penggunaan obat kombinasi, kecuali jika obat kombinasi tersebut mempunyai efek yang lebih baik dibanding obat tunggal

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam pemilihan obat antara lain :¹

- a. Obat yang dipilih sesuai dengan standar mutu yang terjamin
- b. Dosis obat sesuai dengan kebutuhan terapi
- c. Obat mudah disimpan
- d. Obat mudah didistribusikan
- e. Obat mudah didapatkan / diperoleh
- f. Biaya pengadaan dapat terjangkau
- g. Dampak administrasi mudah diatasi

Seleksi / pemilihan obat didasarkan pada Obat Generik terutama yang terdaftar dalam DOEN yang masih berlaku dengan patokan harga sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Harga Obat dan Perbekalan Kesehatan untuk Obat Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) dan Obat Program Kesehatan. Disamping itu juga diperlukan pemilihan obat menjadi kelompok VEN (Vital, Esensial dan Non Esensial).¹ Beberapa kriteria yang dipergunakan sebagai dasar acuan dalam pemilihan obat yakni :²⁴

- a. Obat merupakan kebutuhan untuk sebagian besar populasi penyakit
- b. Obat memiliki keamanan dan khasiat yang didukung dengan bukti ilmiah
- c. Obat mempunyai mutu yang terjamin baik ditinjau dari segi stabilitas maupun bioavailabilitas (ketersediaan hayati).
- d. Biaya pengobatan mempunyai rasio antar manfaat dan biaya yang baik
- e. Bila pilihan lebih dari satu, dipilih yang paling baik, paling lengkap data ilmiahnya dan farmakokinetiknya paling menguntungkan

- f. Mudah diperoleh dan harga terjangkau
- g. Obat sedapat mungkin sediaan tunggal

Kriteria tersebut sesuai dengan kriteria WHO yang dikemukakan oleh Quick. Kriteria untuk seleksi obat esensial yang sering diadopsi dan dimodifikasi untuk persyaratan lokal antara lain :³³

- a. Relevan dengan pola perkembangan penyakit
- b. Terjamin kemanjuran dan keamanannya
- c. Menunjukkan fakta dalam berbagai keadaan
- d. Kualitas cukup, termasuk ketersediaan hayati dan stabilitasnya
- e. Perbandingan antara harga dengan manfaat seimbang
- f. Pilihan obat yang telah dikatehui secara umum, dengan memiliki farmakokinetik baik dan memungkinkan diproduksi secara lokal
- g. Sediaan tunggal.

2. Tahap Kompilasi Peakaian Obat ¹

Kompilasi pemakaian obat untuk mengetahui pemakaian obat setiap bulan dari masing-masing jenis obat di Unit Pelayanan Kesehatan / Puskesmas selama setahun serta menentukan stok optimum (stok optimum = stok kerja + stok pengaman). Data pemakaian obat di Puskesmas diperoleh dari LPLPO.

Beberapa Informasi yang diperoleh dari kompilasi pemakaian obat adalah :¹

- a. Jumlah pemakaian tiap jenis obat pada masing-masing Unit Pelayanan Kesehatan / Puskesmas
- b. Persentase (%) pemakaian tiap jenis obat terhadap total pemakaian setahun seluruh Unit Pelayanan Kesehatan / Puskesmas.

- c. Pemakaian rata-rata untuk setiap jenis obat pada tingkat Kabupaten / Kota.

Manfaat informasi yang diperoleh dari kompilasi pemakaian obat diantaranya adalah sebagai sumber data dalam menghitung kebutuhan obat untuk pemakaian tahun mendatang dan menghitung stok / persediaan pengaman dalam rangka mendukung penyusunan rencana distribusi ¹

3. Tahap Perhitungan Kebutuhan Obat ¹

Menentukan kebutuhan obat merupakan tantangan berat yang senantiasa dihadapi oleh apoteker dan tenaga farmasi yang bekerja baik di tingkat PKD maupun di UOPPK Kabupaten / Kota. Baik kekosongan maupun kelebihan jenis obat tertentu dapat terjadi apabila perhitungan hanya berdasarkan teoritis. Dengan koordinasi dan proses perencanaan untuk pengadaan obat secara terpadu serta melalui beberapa tahapan seperti di atas, maka diharapkan obat yang direncanakan dapat tepat baik ditinjau dari jenis, jumlah maupun waktu. Untuk menentukan kebutuhan obat dilakukan pendekatan perhitungan melalui metode konsumsi dan atau morbiditas.

Perhitungan dengan metode konsumsi adalah perhitungan berdasarkan atas analisa konsumsi obat pada tahun sebelumnya. Untuk menghitung jumlah obat yang dibutuhkan dengan metode konsumsi perlu diperhatikan beberapa faktor antara lain :

- a. Pengumpulan dan pengolahan data
- b. Analisa data untuk informasi dan evaluasi
- c. Perhitungan perkiraan kebutuhan obat
- d. Penyesuaian jumlah kebutuhan obat dengan alokasi dana yang tersedia.

Untuk memperoleh kebutuhan obat yang mendekati tepat, perlu dilakukan analisa trend pemakaian obat 3 tahun atau lebih sebelumnya. Untuk itu data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan metode konsumsi antara lain :

- a. Daftar obat
- b. Stok awal
- c. Penerimaan obat
- d. Pengeluaran obat
- e. Sisa stok
- f. Obat hilang / rusak, kedaluwarsa
- g. Kekosongan obat
- h. Pemaikaian rata-rata / pergerakan obat per tahun
- i. *Lead time* (waktu tunggu)
- j. Stok pengaman
- k. Perkembangan pola kunjungan

Perhitungan kebutuhan obat dengan metode morbiditas adalah kebutuhan obat berdasarkan pola penyakit. Faktor yang perlu diperhatikan adalah perkembangan pola penyakit dan *lead time*. Langkah-langkah yang perlu ditempuh dalam metode ini antara lain :

- a. Menyediakan pedoman pengobatan yang digunakan
- b. Menentukan jumlah penduduk yang akan dilayani
- c. Menentukan jumlah kunjungan kasus berdasarkan frekuensi penyakit
- d. Menghitung perkiraan kebutuhan obat

Untuk itu data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan metode morbiditas adalah :

- a. Perkiraan jumlah populasi penduduk yang diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin dan umur antara 0-4 th, 5-14 th, 15-44 th dan ≥ 45 th
- b. Menetapkan pola morbiditas penyakit berdasarkan kelompok umur
- c. Kejadian masing-masing penyakit per tahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada
- d. Menghitung perkiraan jenis dan jumlah obat untuk setiap diagnosa yang sesuai dengan pedoman pengobatan
- e. Frekuensi kejadian masing-masing penyakit per tahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada
- f. Menghitung perkiraan jumlah obat X jenis obat untuk setiap diagnosa yang dibandingkan dengan standar pengobatan
- g. Untuk menghitung jenis, jumlah, dosis, frekuensi dan lama pemberian obat dapat dipergunakan pedoman pengobatan yang ada
- h. Menghitung jumlah kebutuhan obat yang akan datang dengan memperhitungkan faktor perkembangan pola kunjungan, *lead time* dan stok pengaman
- i. Menghitung jumlah yang harus diadakan tahun anggaran yang akan datang

Untuk melengkapi data rencana pengadaan obat, Unit Pengelola Obat Kabupaten / Kota perlu mengumpulkan 10 besar penyakit dari unit terkait. Data ini bermanfaat untuk menentukan skala prioritas dalam menyesuaikan rencana pengadaan obat dengan dana yang tersedia.

4. Tahap Proyeksi Kebutuhan Obat ²⁶

Beberapa kegiatan yang perlu dilakukan pada tahap ini antara lain :

- a. Menetapkan rancangan stok akhir periode yang akan datang.
Rancangan stok akhir diperkirakan sama dengan hasil perkalian antara waktu tunggu dengan estimasi pemakaian rata-rata per bulan ditambah stok penyangga
- b. Menghitung rancangan pengadaan obat periode tahun yang akan datang. Perencanaan pengadaan obat tahun yang akan datang dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$a = b + c + d - e - f$$

Dimana :

- a = Rancangan pengadaan obat tahun yang akan datang
- b = Kebutuhan obat untuk sisa periode berjalan (sesuai dengan tahun anggaran yang bersangkutan)
- c = Kebutuhan obat untuk tahun yang akan datang
- d = Rancangan stok akhir tahun (*lead time dan buffer stok*)
- e = Stok awal periode berjalan / stok per 31 Desember di Unit Pengelola Obat / Gudang Farmasi Kabupaten / Kota
- f = Rencana penerimaan obat pada periode berjalan (Januari - Desember)

- c. Menghitung rancangan anggaran untuk total kebutuhan obat dengan cara sebagai berikut :
 - 1) Melakukan analisis ABC – VEN (vital, esensial, non esensial)
 - 2) Menyusun prioritas kebutuhan dan penyesuaian kebutuhan dengan anggaran yang tersedia
 - 3) Menyusun prioritas kebutuhan dan penyesuaian kebutuhan berdasarkan 10 besar penyakit.

d. Pengalokasian kebutuhan obat per sumber anggaran dengan melakukan kegiatan :

- 1) Menetapkan kebutuhan anggaran untuk masing-masing obat per sumber anggaran
- 2) Menghitung persentase (%) belanja untuk masing-masing obat terhadap masing-masing sumber anggaran
- 3) Menghitung persentase (%) anggaran masing-masing obat terhadap total anggaran dari semua sumber.

Pada tahap proyeksi kebutuhan obat, jenis data yang diperlukan adalah lembar kerja perhitungan perencanaan pengadaan obat pada tahun anggaran yang akan datang untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan :

- a. Jumlah kebutuhan pengadaan obat tahun yang akan datang
- b. Jumlah persediaan obat di Gudang Farmasi Kabupaten / Kota
- c. Jumlah obat yang akan diterima pada tahun anggaran berjalan
- d. Rencana pengadanan obat untuk tahun anggaran berikutnya berdasarkan sumber anggaran
- e. Tingkat kecukupan setiap jenis obat.

5. Tahap Penyesuaian Rencana Pengadaan Obat²⁶

Penyesuaian rencana pengadaan obat dengan jumlah dana yang tersedia, maka informasi yang diperoleh adalah adanya jumlah rencana pengadaan obat, skala prioritas jenis obat dan jumlah kemasan untuk rencana pengadaan obat pada tahun yang akan datang. Sebagai contoh teknik manajemen untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pengadaan obat berdasarkan dana yang tersedia adalah dengan cara analisa ABC dan analisa VEN (Vital, Esensial, Non Esensial)

Analisa ABC merupakan pengelompokan item obat berdasarkan kebutuhan dana dimana :

- a. Kelompok A adalah kelompok jenis obat yang jumlah rencana pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 70 % dari jumlah dana obat keseluruhan.
- b. Kelompok B adalah kelompok jenis obat yang jumlah rencana pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 20 % dari jumlah dana obat keseluruhan.
- c. Kelompok C adalah kelompok jenis obat yang jumlah rencana pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 10 % dari jumlah dana obat keseluruhan.

Analisa VEN merupakan pengelompokan obat berdasarkan kepada dampak tiap jenis obat terhadap kesehatan. Semua jenis obat yang direncanakan dikelompokkan ke dalam tiga kategori yakni :

- a. Kelompok V adalah kelompok jenis obat yang sangat esensial (vital), yang termasuk dalam kelompok ini antara lain : obat penyelamat (*life saving drug*), obat-obatan untuk pelayanan kesehatan pokok dan obat-obatan untuk mengatasi penyakit penyebab kematian terbesar,
- b. Kelompok E adalah kelompok obat-obat yang bekerja pada sumber penyebab penyakit (kausal)
- c. Kelompok N merupakan kelompok jenis obat-obat penunjang yaitu obat yang berkerjanya ringan dan biasa dipergunakan untuk menimbulkan kenyamanan atau untuk mengatasi keluhan ringan

Kristin dalam makalahnya menuliskan bahwa untuk melakukan perencanaan kebutuhan obat harus mengetahui jelas dasar-dasarnya misalnya antara lain seleksi obat, obat esensial, perkiraan kebutuhan obat,

jaminan mutu, seleksi penyedia (*supplier*) dan formularium. Ketersediaan obat secara luas dan murah merupakan salah satu indikator penting dalam upaya pelayanan kesehatan. Sebab obat bukan hanya untuk menyembuhkan penderita saja, akan tetapi secara tidak langsung obat berguna untuk mencegah, mengurangi, menekan dan memberantas berbagai jenis penyakit. Oleh karena itu obat perlu dikelola secara efektif dan efisien agar dapat mencapai sasaran yang diharapkan. Masalah yang sering dihadapi diantaranya bagaimana melakukan perencanaan kebutuhan obat, jenis obat apa saja yang harus disediakan, bagaimana memperkirakan kebutuhan obat di berbagai populasi dan bagaimana menjamin mutu dan keamanan obat bagi setiap individu penggunaannya. Masalah bisa ditanggulangi apabila proses perencanaan suplai obat didasarkan pada kriteria tertentu. Pada kenyataannya proses perencanaan kebutuhan obat bukan merupakan hal yang mudah, karena suplai obat merupakan proses yang berlangsung secara terus menerus dan berkaitan dengan komponen lain. Misalnya sebelum merencanakan kebutuhan obat harus mengetahui informasi tentang besar populasi yang akan dicakup, pola morbiditas dan mortalitas penyakit (angka kesakitan dan kematian akibat penyakit), anggaran yang tersedia serta perkiraan obat yang dibutuhkan di masa mendatang.¹⁹

Perkiraan kebutuhan obat dalam suatu populasi harus ditetapkan dan ditelaah secara rutin agar penyediaan obat sesuai dengan kebutuhan. Ada tiga metode untuk memperkirakan kebutuhan obat dalam populasi :¹⁹

1. Berdasarkan prevalensi penyakit dalam populasi (*population based*)

Population based merupakan metode penghitungan kebutuhan obat berdasarkan prevalensi penyakit dalam masyarakat dan menggunakan pedoman pengobatan yang baku untuk memperkirakan jumlah obat

yang diperlukan. Penghitungan dengan metode ini diperlukan data akurat mengenai data prevalensi penyakit yang sering diderita oleh masyarakat termasuk kelompok umur yang rentan terhadap masing-masing penyakit. Hal ini tentu diperlukan survai atau pengumpulan data rutin mengenai pola epidemiologi penyakit (morbiditas dan mortalitas) di daerah setempat. *Population based* merupakan metode ideal untuk menghitung kebutuhan obat secara riil. Untuk dapat menggunakan metode ini diperlukan ketersediaan dana yang cukup untuk mengatasi setiap morbiditas penyakit secara adekuat.

2. Berdasarkan jenis pelayanan kesehatan (*service based*)

Service based merupakan metode penghitungan kebutuhan obat berdasarkan jenis pelayanan kesehatan yang teredia serta jenis penyakit yang pada umumnya ditangani oleh masing-masing pusat pelayanan kesehatan. Berbeda dengan metode *population based* yang berdasarkan pola epidemiologi penyakit, *service based* lebih mendasarkan pada jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang ada. Secara teknis metode ini lebih tertuju pada kondisi penyakit tertentu yang ditangani oleh unit pelayanan kesehatan yang ada, yang biasanya hanya menyediakan jenis pelayanan kesehatan tertentu saja. Metode ini kurang menggambarkan kebutuhan obat dalam populasi yang sebenarnya, karena pola penyakit masyarakat yang tidak berkunjung ke pusat pelayanan kesehatan tidak tergambarkan dengan baik.

3. Berdasarkan pemakaian obat tahun sebelumnya (*consumption based*)

Consumption based merupakan penghitungan kebutuhan obat berdasarkan pada data pemakaian obat tahun sebelumnya. Perkiraan kebutuhan obat dengan metode ini pada umumnya bermanfaat bila

data penggunaan obat dari tahun ke tahun tersedia secara lengkap dan konsumsi di unit pelayanan kesehatan bersifat konstan atau tidak fluktuatif.

Menurut Suryawati³² dalam makalahnya menyebutkan bahwa bagi pengelolaan obat yang baik, perencanaan kebutuhan obat idealnya dilakukan berdasarkan data yang diperoleh dari tahap terakhir pengelolaan, yaitu penggunaan obat periode yang lalu. Gambaran penggunaan obat dapat diperoleh berdasarkan data riil konsumsi obat atau data riil pola penyakit. Masing-masing mempunyai kekuatan dan kelemahan. Perencanaan kebutuhan obat dengan metode morbiditas lebih ideal, namun prasyarat lebih sulit dipenuhi. Perencanaan kebutuhan obat dengan metode konsumsi akan makan waktu lebih banyak dan lebih mudah dilakukan, namun aspek medik penggunaan obat kurang dapat dipantau. Dengan memanfaatkan kelebihan masing-masing metode, perencanaan kebutuhan obat juga dapat dilakukan dengan kombinasi keduanya. Kesulitan penerapan metode morbiditas adalah seringkali standar pengobatan formal belum tersedia atau belum disepakati (walaupun sebenarnya prosedur tetap di masing-masing unit juga bisa digunakan) dan data morbiditas tidak akurat. Kelemahan utama metode konsumsi adalah kebiasaan pengobatan yang tidak baik / tidak rasional seolah-olah ditolerir. Untuk mengatasi masing-masing kelemahan, penghitungan kebutuhan obat dapat dilakukan dengan mengkombinasikan kedua metode tersebut.³²

Setelah dilakukan penghitungan kebutuhan obat untuk tahun yang akan datang, biasanya akan diperoleh jumlah angka yang sangat besar, bahkan biasanya lebih besar daripada anggaran yang tersedia, apalagi bila penghitungan dengan menggunakan metode konsumsi. Untuk itu

setiap kali selesai penghitungan kebutuhan obat, idealnya diikuti dengan evaluasi. Evaluasi ini sekaligus dapat mencapai beberapa sasaran, misalnya :³²

1. Apakah perencanaan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan pola penyakit (pola morbiditas) ?
2. Apakah perencanaan cukup rasional ?
3. Apakah dana cukup tersedia ?
4. Apakah jumlah atau jenis obat perlu dikurangi karena dana yang tidak cukup ? yang mana yang perlu dikurangi dan dengan alasan apa ?
5. Apakah pilihan sediaan tidak terlalu banyak ?

Evaluasi dapat sekaligus dilakukan terhadap aspek medik / terapi (penggunaan obat) dan aspek ekonomik (efisiensi dana). Cara yang dianjurkan untuk melakukan evaluasi dan efisiensi perencanaan kebutuhan obat meliputi:³²

1. Analisa nilai ABC, untuk mengevaluasi aspek ekonomi

Suatu jenis obat tertentu dapat memakan anggaran besar karena pemakaiannya banyak atau harganya mahal. Jenis-jenis obat tertentu dapat diidentifikasi kemudian dievaluasi lebih lanjut. Evaluasi ini dengan mengecek kembali penggunaannya atau apakah ada alternatif sediaan lain yang lebih *cost-efficient* (misalnya merk dagang lain, bentuk sediaan lain). Evaluasi terhadap jenis-jenis obat yang memakan biaya terbanyak juga lebih efektif dan terasa dampaknya dibanding dengan evaluasi terhadap obat yang relatif memerlukan anggaran sedikit.

2. Pertimbangan kriteria VEN, untuk evaluasi aspek medik / terapi

Melakukan analisis VEN artinya menentukan prioritas kebutuhan suatu jenis obat yang termasuk kriteria vital (harus tersedia), esensial (perlu

tersedia atau non-esensial (tidak ada juga tidak apa-apa). Obat dikatakan vital apabila obat tersebut diperlukan untuk menyelamatkan kehidupan (*life saving drugs*), apabila tidak tersedia akan dapat meningkatkan risiko kematian. Obat dikategorikan esensial apabila obat tersebut terbukti efektif untuk menyembuhkan penyakit atau mengurangi penderitaan. Obat non-esensial meliputi keaneka ragam obat yang digunakan untuk penyakit yang sembuh sendiri (*self-limiting diseases*), obat yang diragukan manfaatnya, obat yang mahal namun tidak mempunyai kelebihan manfaat dibanding obat sejenisnya.

3. Kombinasi ABC dan VEN

Pendekatan (*approach*) manakah yang paling bermanfaat dalam efisiensi atau penyesuaian dana ? ekonomi (ABC) atau medik / terapi (VEN) ? Logikanya jenis obat yang termasuk kategori A (dalam analisis ABC) adalah benar-benar yang diperlukan untuk menanggulangi penyakit terbanyak dan obat tersebut statusnya harus E dan sebagian V (dari analisa VEN). Sebaliknya jenis obat dengan status N harusnya masuk dalam kategori C.

4. Revisi daftar obat

Apabila analisis ABC dan VEN terlalu sulit dilakukan sementara diperlukan evaluasi cepat (*rapid evaluation*) dalam daftar perencanaan kebutuhan obat, maka dapat dilakukan revisi daftar perencanaan obat. Namun sebelumnya perlu dikembangkan terlebih dahulu kriterinya, obat atau nama dagang apa yang dapat dikeluarkan dari daftar ? Manfaatnya tidak hanya dari aspek ekonomi dan medik saja, tetapi dapat berdampak positif pada beban penanganan stok.

Quick mengatakan bahwa perencanaan kebutuhan obat dengan metode konsumsi yang menggunakan data konsumsi pemakaian obat,

dapat memberikan gambaran yang paling tepat terhadap kebutuhan yang akan datang. Metode konsumsi cukup fleksibel untuk diterapkan pada situasi dan jumlah penduduk atau pelayanan kesehatan dasar. Sedangkan metode morbiditas meramalkan jumlah kebutuhan obat secara teoritis untuk keperluan pengobatan terhadap penyakit tertentu / khusus. Metode morbiditas memerlukan data yang dapat dipercaya pada penyakit dan keberadaan pasien serta memerlukan petunjuk pengobatan yang standar untuk memperhitungkan kebutuhan obat. Metode morbiditas merupakan metode yang sangat rumit, memerlukan waktu lama dan bisa terjadi ketidaksesuaian antara proyeksi dengan pelaksanaan program berikutnya.³³

Suciati dan Adisasmito dalam penelitiannya dapat diambil kesimpulan antara lain : ³⁴

1. Aspek yang perlu dipertimbangkan dalam perencanaan obat di Rumah Sakit yaitu standarisasi obat atau formularium, anggaran, pemakaian periode sebelumnya, stok akhir dan kapasitas gudang, *lead time* dan stok pengaman, jumlah kunjungan dan pola penyakit, standar terapi, penetapan kebutuhan obat dengan menggunakan ABC Indeks Kritis.
2. Penggunaan ABC Indeks Kritis secara efektif dapat membantu Rumah sakit dalam membuat perencanaan obat dengan mempertimbangkan aspek pemakaian, nilai investasi, kekritisan obat dalam hal penggolongan obat vital, essential dan non essential. Standar terapi merupakan aspek penting lain dalam perencanaan obat karena akan menjadi acuan dokter dalam memberikan terapinya.

H. Pengadaan Obat

Pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan merupakan proses untuk penyediaan obat yang dibutuhkan di Unit Pelayanan Kesehatan. Pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kesehatan Propinsi dan Kabupaten / Kota sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam Pelaksanaan Pengadaan Barang dan Jasa Instansi Pemerintah dan Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.²⁶

Tujuan pengadaan obat adalah :²⁶

1. Tersedianya obat dengan jenis dan jumlah yang cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan
2. Mutu obat terjamin
3. Obat dapat diperoleh pada saat dibutuhkan

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengadaan obat antara lain:²⁶

1. Kriteria obat publik dan perbekalan kesehatan
2. Persyaratan pemasok
3. Penentuan waktu pengadaan dan kedatangan obat
4. Penerimaan dan pemeriksaan obat
5. Pemantauan status pesanan

Ada beberapa kriteria obat publik dan perbekalan kesehatan antara lain :²⁶

1. Obat termasuk dalam Daftar Obat Publik, Obat Program Kesehatan, Obat Generik yang tercantum dalam DOEN yang masih berlaku
2. Obat telah memiliki Izin Edar atau Nomor Registrasi dari Departemen Kesehatan RI

3. Batas kedaluwarsa obat pada saat pengadaan minimal 3 tahun dan dapat ditambah 6 bulan sebelum berakhirnya masa kedaluwarsa untuk diganti dengan obat yang masa kedaluwarsanya lebih jauh
4. Obat memiliki Sertifikat Analisa dan Uji Mutu yang sesuai dengan nomor batch masing-masing produk
5. Obat diproduksi oleh Industri Farmasi yang memiliki Sertifikat CPOB
6. Obat termasuk dalam katagori VEN

Listiani mengatakan bahwa hasil evaluasi pengadaan obat pada tahun 2001 terdapat beberapa hal antara lain : ³⁵

1. Penyediaan kebutuhan obat masih terkesan klasik dalam arti kurang variatif dan belum sepenuhnya mengakomodir kebutuhan
2. Banyak mengacu pada kebutuhan tahun lalu dengan pertimbangan berdasarkan konsumsi tahun lalu dan trend penyakit
3. Belum menggambarkan inovasi akibat masih dalam “mencari pola”
4. Ketidakjelasan informasi sehingga masih mengintip dan mencari informasi apakah pusat dan propinsi akan juga mengirimkan obat.

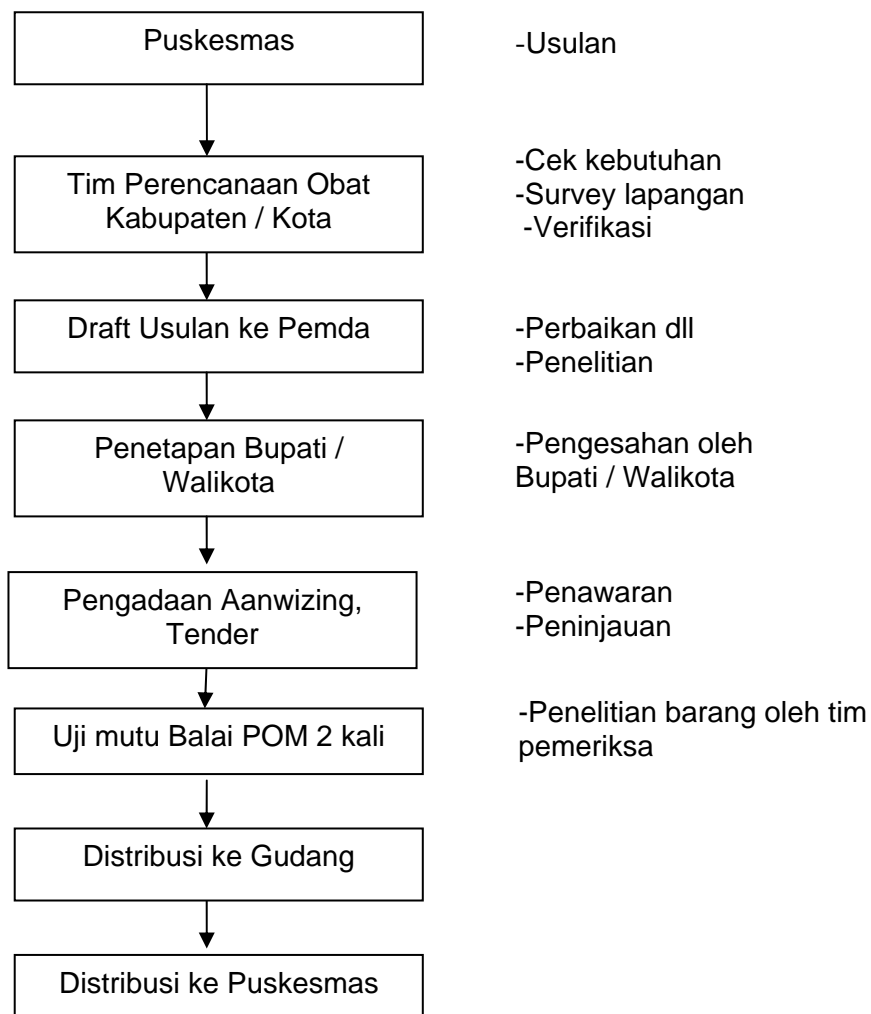
Berkaitan dengan hal tersebut, beberapa upaya yang perlu dilakukan antara lain :³⁵

1. Perencanaan kebutuhan obat memerlukan strategi yang dapat mengakomodir kebutuhan masyarakat dan lingkungan. Perencanaan yang sekarang masih mencari pola baru dan masih belum mengacu konsep dasar ilmiah yang seharusnya dilakukan
2. Keraguan dari pelaksana dalam mencari bentuk perencanaan di era otonomi daerah yang dapat mengakomodir antara riil kebutuhan masyarakat dan dari pelaksana Puskesmas yang semakin beragam permintaan

3. Ke depan diperlukan Tim Perencanaan Kebutuhan Obat di Kabupaten / Kota yang akan menyeleksi usulan dari Puskesmas dan dengan informasi langsung dari Instalasi Farmasi, sebagai penunjang diperlukan Sistem Informasi Perencanaan Kebutuhan Obat.

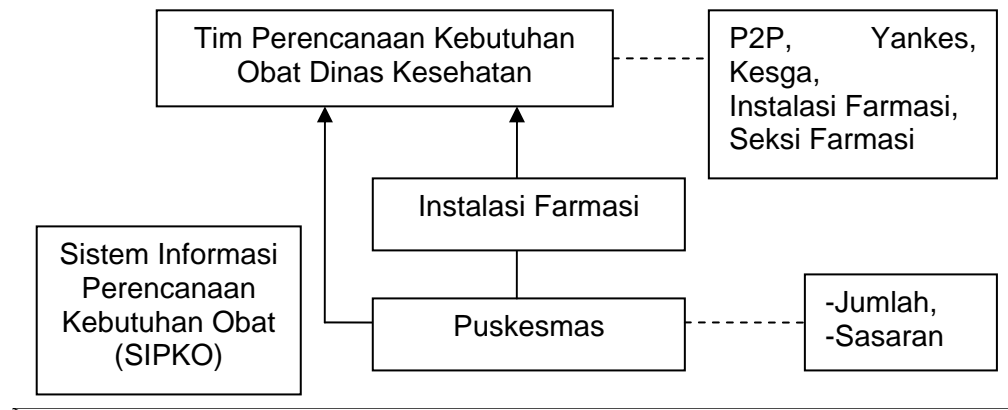
Prosedur pengadaan obat yang telah berjalan selama ini dapat digambarkan dalam skema berikut.³⁵

Gambar 2.2. Prosedur Pengadaan Obat



Prosedur pengadaan obat yang diharapkan ke depan adalah seperti skema berikut.

Gambar 2.3. Prosedur Pengadaan Obat Yang Diharapkan



Quick³³ mengatakan bahwa proses pengadaan obat yang efektif akan menjamin ketersediaan obat yang baik dalam jumlah yang tepat, harga yang wajar dan kualitas sesuai dengan standar yang diakui. Untuk memperoleh obat-obatan dapat melalui pembelian, sumbangan atau lewat pabrik. Siklus pengadaan obat meliputi langkah-langkah sebagai berikut

.³³

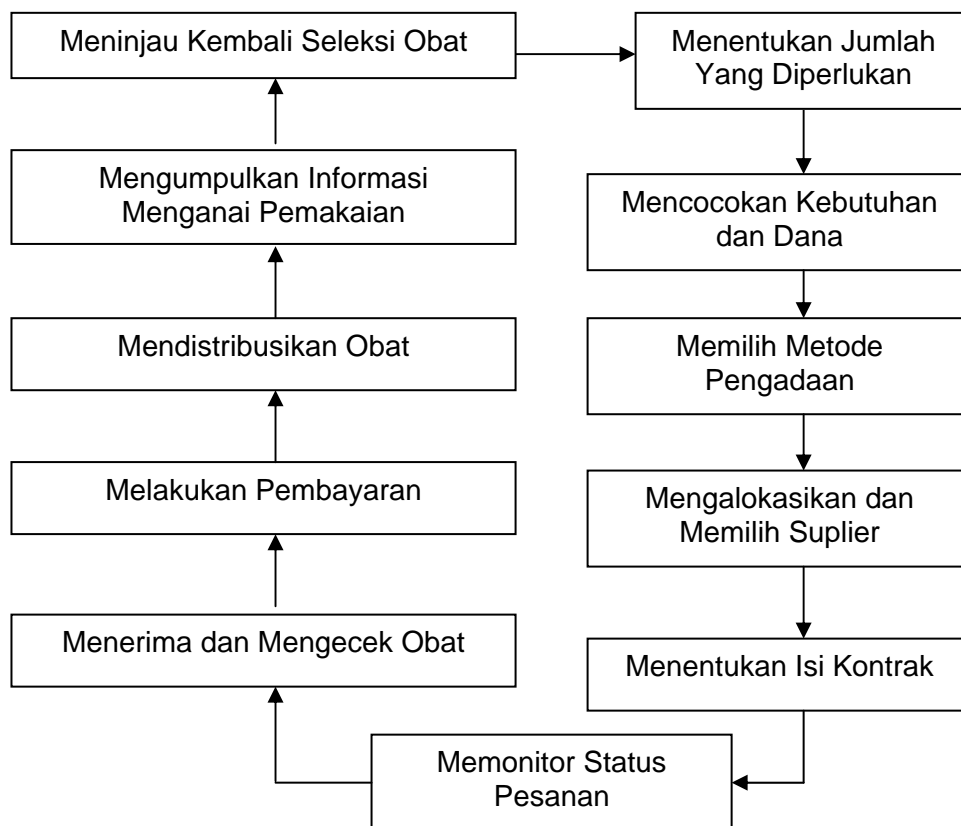
1. Meninjau atau memeriksa kembali tentang pemilihan obat (seleksi obat),
2. Menyesuaikan atau mencocokkan kebutuhan dan dana,
3. Memilih metode pengadaan,
4. Mengalokasikan dan memilih calon penyedia obat (*supplier*),
5. Menentukan syarat-syarat atau isi kontrak,
6. Memantau status pesanan,
7. Menerima dan mengecek obat,
8. Melakukan pembayaran,
9. Mendistribusikan obat,
10. Mengumpulkan informasi mengenai pemakaian.

Metode pengadaan obat yang lazim dilaksanakan adalah dengan sistem tender terbuka, tender terbatas, negosiasi bersaing, pengadaan /

penunjukan langsung, yang mana kesemuanya akan berpengaruh terhadap harga, waktu pengiriman dan beban kerja daripada kantor yang mengadakan. Pengadaan obat dapat dimungkinkan berjalan menurut model yang berbeda misalnya pembelian tahunan, pembelian tetap atau pembelian terus menerus. Kombinasi yang berbeda dari model ini mungkin dapat diterapkan pada tingkat (level) yang berbeda.³³

Metode pengadaan obat yang lazim dilaksanakan adalah dengan sistem tender terbuka, tender terbatas, negosiasi bersaing, pengadaan / penunjukan langsung, yang mana kesemuanya akan berpengaruh terhadap harga, waktu pengiriman dan beban kerja daripada kantor yang mengadakan. Pengadaan obat dapat dimungkinkan berjalan menurut model yang berbeda misalnya pembelian tahunan, pembelian tetap atau pembelian terus menerus. Kombinasi yang berbeda dari model ini mungkin dapat diterapkan pada tingkat (level) yang berbeda.³³

Gambar 2.4. Siklus Pengadaan Obat



Istinganah, dkk dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa sistem pengadaan obat dari dana APBD Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) tahun 2001 – 2003, yang berpedoman pada Keputusan Presiden No. 18 / 2000 dan Keputusan Gubernur No. 172 / 2001 dengan pelelangan dan penunjukan langsung dengan Surat Perintah Kerja (SPK), waktunya lama, frekuensinya kecil dan prosedurnya melewati beberapa tahapan baku. Ketersediaan obat di Rumah sakit Grhasia kurun waktu tahun 2001-2003 adalah tidak efisien dan tidak efektif karena terjadi penumpukan obat, adanya obat rusak / kedaluwarsa, jumlah obat tidak diresepkan tinggi, *stock out* tinggi dan nilai TOR rendah.³⁶

I. Pembiayaan Obat

Obat merupakan komponen esensial dari suatu pelayanan kesehatan, oleh karena itu diperlukan pengelolaan yang benar, efisien dan efektif secara berkesinambungan. Koordinasi yang baik dan terbuka antara pihak terkait seperti UPOPPK dengan pengelola program kesehatan merupakan prasyarat dapat diterapkannya pengelolaan obat yang baik. Menurut WHO (1996) belanja obat merupakan bagian terbesar dari anggaran kesehatan. Untuk Negara yang sedang berkembang seperti Indonesia mencapai 39 %.³⁷

Pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) dibiayai oleh berbagai sumber anggaran. Oleh karena itu koordinasi dan keterpaduan perencanaan pengadaan obat publik mutlak diperlukan, sehingga pembentukan Tim Perencanaan Obat terpadu merupakan suatu kebutuhan dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan dana obat melalui koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antar instansi terkait dengan masalah obat di setiap Kabupaten / Kota.²⁶

Manfaat Perencanaan Obat terpadu antara lain :²⁶

1. Menghindari tumpah tindih penggunaan anggaran
2. Keterpaduan dalam evaluasi, penggunaan dan perencanaan
3. Kesamaan persepsi antara pemakai obat dan penyedia anggaran
4. Estimasi kebutuhan obat lebih tepat
5. Koordinasi antara penyedia anggaran dan pemakai obat
6. Pemanfaatan dana pengadaan obat dapat lebih optimal

Adapun susunan Tim Perencanaan Obat Terpadu terdiri dari dari beberapa unsur antara lain :

1. Ketua : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota

2. Sekretaris : Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota

3. Anggota terdiri dari unsur antara lain :

- a. Sekretariat Daerah
- b. Badan Perencanaan Daerah
- c. Dinas Kesehatan
- d. Rumah Sakit Umum Daerah
- e. PT Askes Indonesia
- f. Kepala Puskesmas

Tugas Tim Perencanaan Obat Terpadu antara lain :

- 1. Mengevaluasi semua aspek pengadaan obat tahun sebelumnya
- 2. Mengevaluasi ketersediaan anggaran dan jumlah pengadaan obat
- 3. Merencanakan kebutuhan obat berdasarkan estimasi kebutuhan obat publik untuk Unit Pelayanan Kesehatan Dasar dan Program Kesehatan untuk tahun berikutnya berdasarkan data dari Unit Pelayanan Kesehatan

Menurut Thabrany,³⁸ hasil evaluasi Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan (Ditjen POM) Depkes RI tahun 1996, terdapat beberapa kendala dalam pengelolaan obat di Kabupaten / Kota antara lain : ³⁸

- 1. Anggaran pengadaan obat dari berbagai sumber untuk pelayanan kesehatan dasar dan program kesehatan yang ditetapkan oleh Kabupaten / Kota pada umumnya tidak mencukupi kebutuhan
- 2. Pengelolaan obat yang berasal dari berbagai sumber anggaran belum berjalan seperti yang diharapkan
- 3. Perencanaan obat belum sepenuhnya memperhitungkan semua sumber anggaran yang ada

4. Pendistribusian obat masih belum memenuhi jadwal distribusi yang ditetapkan karena keterbatasan dana dan sarana yang ada
5. Penggunaan obat yang irasional. Peresepan obat pada umumnya belum berdasarkan standar pengobatan yang telah ditetapkan. Apabila penggunaan obat irasional dapat ditekan, maka dapat menghemat biaya sebesar 28 %.

Disamping itu Thabrany mengatakan bahwa untuk menghitung biaya obat yang dikonsumsi masyarakat, harus diasumsikan bahwa biaya tersebut berasal dari riset dan pengembangan, pengadaan bahan baku, produksi, promosi, pemasaran, distribusi dan penggunaan langsung oleh masyarakat dan melalui fasilitas pelayanan kesehatan, baik sektor publik maupun swasta. Dari seluruh produksi obat yang beredar, pendanaan obat pada tingkat konsumen dapat terjadi pada 3 lokasi utama yakni fasilitas kesehatan pemerintah, institusi pelayanan kesehatan swasta, langsung oleh masyarakat. Pemborosan biaya obat yang sulit dikendalikan adalah pemborosan oleh masyarakat pada pembelian obat bebas. Sementara ada beberapa faktor penting lain yang mempengaruhi pemborosan biaya obat antara lain : ³⁸

1. Sistem distribusi obat sektor publik melalui Gudang Farmasi Kabupaten / Kota dan Puskesmas terjadi pemborosan 40 % - 60 % dibanding dengan negara yang menggunakan sistem distribusi obat langsung ke pelayanan kesehatan
2. Cara pemilihan, produksi dan distribusi obat *brand name*, terutama pada sektor swasta masih bisa menghemat 20 % - 30 %, sehingga pendanaan obat pada sektor swasta dapat lebih efisien.
3. Penggunaan obat yang tidak rasional yang terjadi hampir menyeluruh di Indonesia seperti dalam peresepan, pemberian tanpa resep,

pemakaian obat tanpa pemeriksaan yang benar dan penggunaan obat tidak sesuai dengan regimen, baik di sektor publik maupun swasta mengakibatkan terjadinya pemborosan biaya antara 37 % – 58 %.

Hasil penelitian Budiarto menyimpulkan bahwa :³⁹

1. Terdapat kelemahan dari data pembiayaan yang dikumpulkan yakni data yang ada belum mengacu pada batasan-batasan tentang pengeluaran yang diklasifikasikan sebagai pengeluaran bagi pembiayaan kesehatan. Disamping itu terjadi kesulitan menghitung data pembiayaan dari Pemerintah karena pencatatan anggaran dari berbagai sumber kurang akurat.
2. Proporsi biaya program kesehatan terhadap APBD II ternyata masih di bawah kesepakatan Bupati dan Walikota se Indonesia yakni sebesar 15 % dari APBD II.
3. Kontribusi institusi non Dinas Kesehatan untuk program kesehatan terhadap total anggaran masih rendah.
4. Biaya operasional untuk program kesehatan mendominasi pembiayaan secara keseluruhan (> 80 % di Kutai Kartanegara dan Balikpapan) dan anggaran dari non Dinas Kesehatan hampir seluruhnya digunakan untuk biaya operasional dan mempunyai kecenderungan meningkat lagi untuk masa yang akan datang.

J. Kerasionalan Obat

Kerasionalan obat merupakan faktor yang sangat penting dalam perencanaan kebutuhan obat. Penggunaan obat yang irasional (tidak rasional) dapat berpengaruh negatif terhadap mutu pelayanan, dampak ekonomi dan efek samping pengguna obat. Dengan kata lain keirasionalan

penggunaan obat akan berefek perencanaan kebutuhan obat tidak efektif dan tidak efisien.⁴⁰

Pengelolaan obat merupakan serangkaian kegiatan yang menyangkut aspek perencanaan, pengadaan, pendistribusian dan penggunaan serta pelayanan obat dengan memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia seperti tenaga, dana dan perangkat lunak (metode dan tatalaksana) dalam upaya mencapai tujuan yang ditetapkan di berbagai tingkat unit kerja. Pengelolaan obat bertujuan untuk terlaksananya optimasi penggunaan obat melalui peningkatan efektifitas dan efisiensi pengelolaan obat dan penggunaan obat secara tepat dan rasional.⁴¹

Konsep DOEN dan obat generik bertujuan untuk meningkatkan efisiensi penggunaan dana dan ketepatan serta kerasionalan penggunaan obat sehingga mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat diperluas dan ditingkatkan.⁴⁶

Menurut hasil konferensi WHO di Nairobi 1985, yang dikemukakan oleh Thabrany Hasbullah, definisi penggunaan obat rasional adalah kebutuhan obat sesuai dengan kepentingan kedokteran dan klinik, sesuai dengan dosis individu, jangka waktu pemberian cukup, harga murah dan dapat dijangkau oleh masyarakat luas. Definisi ini didasarkan pada rasional obat menurut acuan *biomedical context*. Tetapi ketentuan ini belum dipatuhi oleh pasien dan provider.³⁸

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO), penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria antara lain :⁴⁰

1. sesuai dengan indikasi penyakit,
2. tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau,
3. diberikan dengan dosis yang tepat
4. cara pemberian dengan interval waktu pemberian yang tepat,

5. lama pemberian tepat,
6. obat yang diberikan harus efektif, dengan mutu terjamin dan aman.

Dengan demikian secara garis besar, penggunaan obat dikatakan rasional bila memenuhi persyaratan antara lain : ⁴⁰

1. ketepatan diagnosis,
2. Ketepatan indikasi pemakaian obat,
3. ketepatan pemilihan obat,
4. ketepatan dosis, cara dan lama pemberian,
5. ketepatan penilaian terhadap kondisi pasien,
6. Ketepatan pemberian informasi,
7. Ketepatan dalam tindak lanjut.

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya pemakaian obat yang tidak rasional antara lain : ³⁸

1. Pembuat resep,
2. Pasien / masyarakat,
3. Sistem perencanaan dan pengelolaan obat,
4. Kebijaksanaan obat dan pelayanan kesehatan,
5. Informasi dan iklan obat, persaingan praktek dan pengobatan sesuai dengan permintaan pasien.

Suryawati⁴² dalam makalahnya menyebutkan bahwa dampak negatif pemakaian obat yang irasional secara singkat yaitu dampak terhadap mutu pengobatan dan pelayanan, biaya pelayanan pengobatan, efek samping obat dan dampak psikososial. Ciri pemakaian obat yang irasional antara lain :

1. Pemakaian dimana sebenarnya indikasi pemakaiannya secara medik tidak ada atau samar-samar,
2. Pemilihan obat yang keliru untuk indikasi penyakit tertentu

3. Cara pemakaian obat, dosis, frekuensi dan lama pemberian yang tidak sesuai
4. Pemakaian obat dengan potensi toksisitas atau efek samping lebih besar padahal obat lain yang sama kemanfaatan (*efficacy*) dengan potensi efek samping lebih kecil juga ada
5. Pemakaian obat-obat mahal padahal alternatif yang lebih murah dengan kemanfaatan dan keamanan yang sama tersedia
6. Tidak memberikan pengobatan yang sudah diketahui dan diterima kemanfaatannya dan keamanannya (*established efficacy and safety*)
7. Memberikan pengobatan dengan obat-obat yang kemanfaatannya dan keamanannya masih diragukan
8. Pemakaian obat yang semata-mata didasarkan pada pengalaman individual tanpa mengacu pada sumber informasi ilmiah yang layak, atau hanya didasari pada sumber informasi yang diragukan kebenarannya.

Menurut Budiono,⁴³ ada beberapa bentuk keirasionalan pemakaian obat dikategorikan dalam 4 kelompok :

1. Peresepan boros (*extravagant*), yakni peresepan obat-obat yang lebih mahal padahal ada alternatif yang lebih murah dengan manfaat dan keamanan yang sama
2. Peresepan berlebihan (*overprescribing*), terjadi bila dosis obat, lama pemberian atau jumlah obat yang diresepkan melebihi ketentuan
3. Peresepan yang salah (*incorrect prescribing*), mencakup pemakaian obat untuk indikasi yang keliru, diagnosis tepat tetapi obatnya keliru, pemberian obat ke pasien salah. Juga pemakaian obat tanpa memperhitungkan kondisi lain yang diderita bersamaan

4. Peresepan majemuk (*multiple prescribing*), yakni pemakaian dua atau lebih kombinasi obat padahal sebenarnya cukup hanya dengan obat tunggal saja. Termasuk di sini adalah pengobatan terhadap semua gejala yang muncul tanpa mengarah ke penyakit utamanya
5. Peresepan kurang (*under prescribing*), terjadi bila obat yang diperlukan tidak diresepkan, dosis tidak cukup atau lama pemberian terlalu pendek.

Hasil penelitian Sunarsih ⁴⁴ menyimpulkan bahwa :

1. Pola penggunaan obat pada terapi 5 penyakit utama (ISPA, Infeksi usus, infeksi kulit, alergi kulit, sistim otot dan jaringan pengikat) tergantung pada ketersediaan obat di Puskesmas.
2. Pola penggunaan obat belum sesuai dengan pedoman pengobatan dasar di Puskesmas walaupun penerapan yang dilakukan menggunakan obat esensial.
3. Perubahan ketersediaan obat di Gudang Farmasi Kota dan di Puskesmas berpengaruh terhadap pola penggunaan obat pada terapi ISPA, infeksi kulit dan alergi kulit yakni peningkatan penggunaan antibiotik, penggunaan injeksi dan rata-rata jumlah item obat.
4. Perencanaan dan pengelolaan obat di Kota Palangkaraya belum efisien. Terbukti bahwa masih ada beberapa jenis obat yang tingkat kecukupannya di Gudang Farmasi dan di Puskesmas sangat berlebih (tablet thiamin) dan sebaliknya ada yang tingkat kecukupannya rendah (tablet kotrimoksazol 480 mg).

K. Indikator Pengelolaan Obat

Indikator adalah alat ukur yang dapat membandingkan kinerja yang sesungguhnya. Indikator dapat digunakan untuk mengukur sampai sejauhmana tujuan dan sasaran telah dicapai. Beberapa batasan tentang indikator, yakni :⁴⁵

1. Indikator merupakan jenis data berdasar sifat / gejala / keadaan yang dapat diukur dan diolah secara mudah dan cepat dengan tidak memerlukan data lain dalam pengukurannya,
2. Indikator merupakan ukuran untuk mengukur perubahan.

Beberapa kriteria umum indikator dapat disingkat dengan *SMART* :

1. *Sustainable* (berkesinambungan)
Dapat dipergunakan secara berkesinambungan
2. *Measurable* (keterukuran)
Dapat diukur meskipun waktu yang tersedia singkat, kualitas yang berubah-ubah dan keterbatasan dana
3. *Accessibility* (kemudahan)
Mudah diakses / didapat
4. *Realibility* (kehandalan)
Kehandalan setiap indikator harus dapat dipercaya
5. *Timely* (waktu)
Dapat digunakan untuk waktu yang berbeda

Beberapa indikator pengelolaan obat di Kabupaten / Kota meliputi : ⁴⁵

1. Alokasi dana pengadaan obat,
2. Prosentase alokasi dana pengadaan obat,
3. Biaya obat per penduduk,
4. Ketersediaan obat sesuai dengan kebutuhan,
5. Pengadaan obat esensial,

6. Pengadaan obat generik,
7. Biaya obat per kunjungan kasus penyakit,
8. Biaya obat per kunjungan resep,
9. Kesesuaian item obat yang tersedia dengan DOEN,
10. Kesesuaian ketersediaan obat dengan pola penyakit,
11. Tingkat ketersediaan obat,
12. Ketepatan perencanaan,
13. Prosentase dan nilai obat yang rusak atau kedaluwarsa,
14. Ketepatan distribusi obat,
15. Prosentase penyimpangan jumlah obat yang didistribusikan,
16. Prosentase rata-rata bobot dan variasi persediaan,
17. Rata-rata waktu kekosongan obat,
18. Prosentase penggunaan obat tertentu,
19. Polifarmasi,
20. Prosentase penggunaan obat rasional,
21. Prosentase obat yang tidak diresepkan,
22. Ketepatan waktu LPLPO,
23. Ketersediaan obat di pedesaan,
24. Kesesuaian ketersediaan obat program dengan jumlah kebutuhan,
25. Kesesuaian permintaan obat buffer stok.

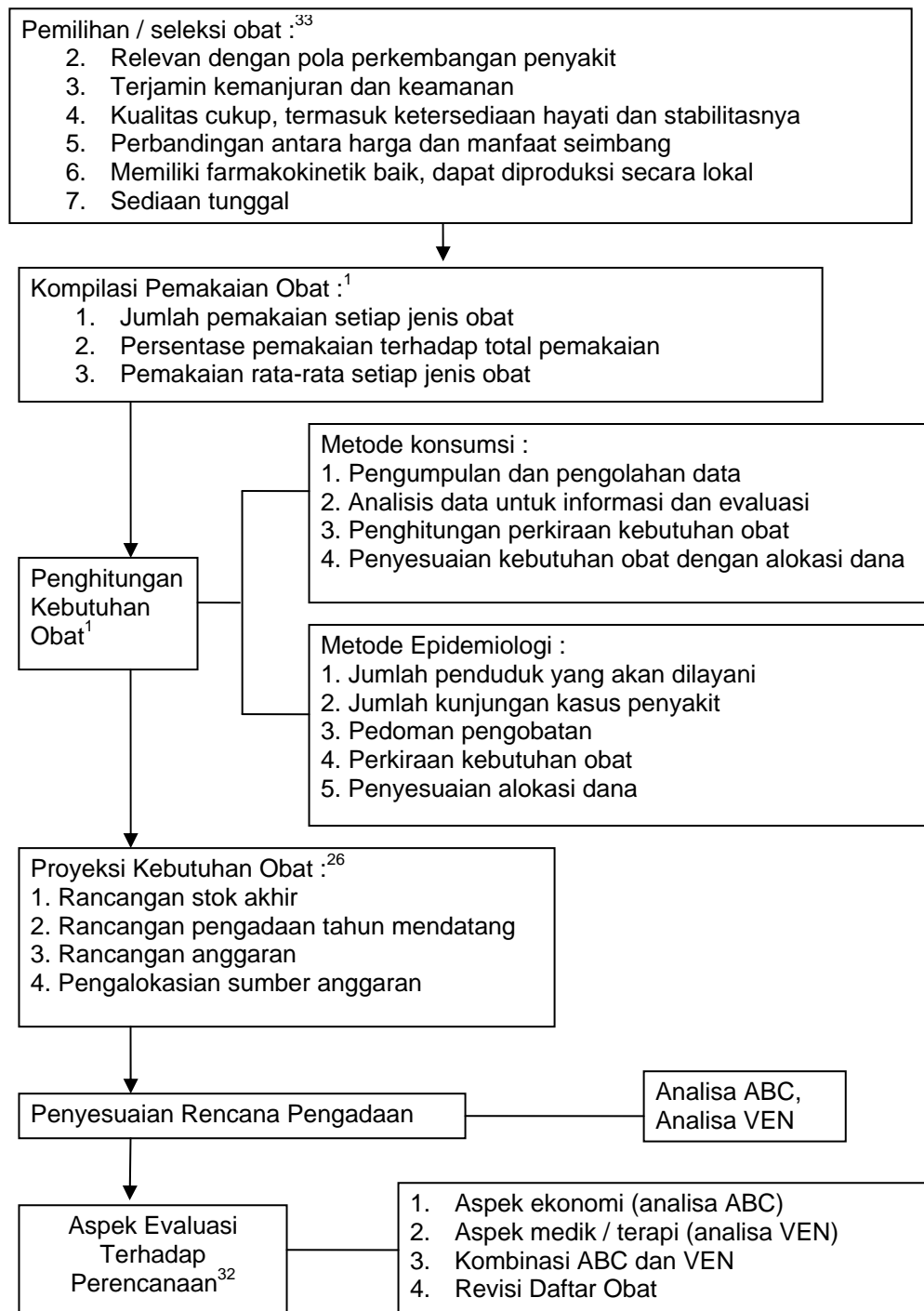
Adapun indikator pengelolaan obat di Puskesmas yang diukur di UPK antara lain :⁴⁵

1. Kesesuaian item obat yang tersedia dengan DOEN
2. Kesesuaian ketersediaan dengan pola penyakit
3. Tingkat ketersediaan obat
4. Ketepatan permintaan obat
5. Prosentase obat rusak dan kedaluarsa

6. Ketepatan distribusi obat
7. Prosentase rata-rata bobot dan variasi sediaan
8. Prosentase rata-rata waktu kekosongan obat
9. Prosentase penggunaan obat tertentu
10. Polifarmasi
11. Prosentase penggunaan obat rasional
12. Prosentase obat yang tidak diresepkan
13. Prosentase penulisan resep obat generik.

L. Kerangka Teori

Gambar 2.5. Perencanaan Kebutuhan Obat Publik



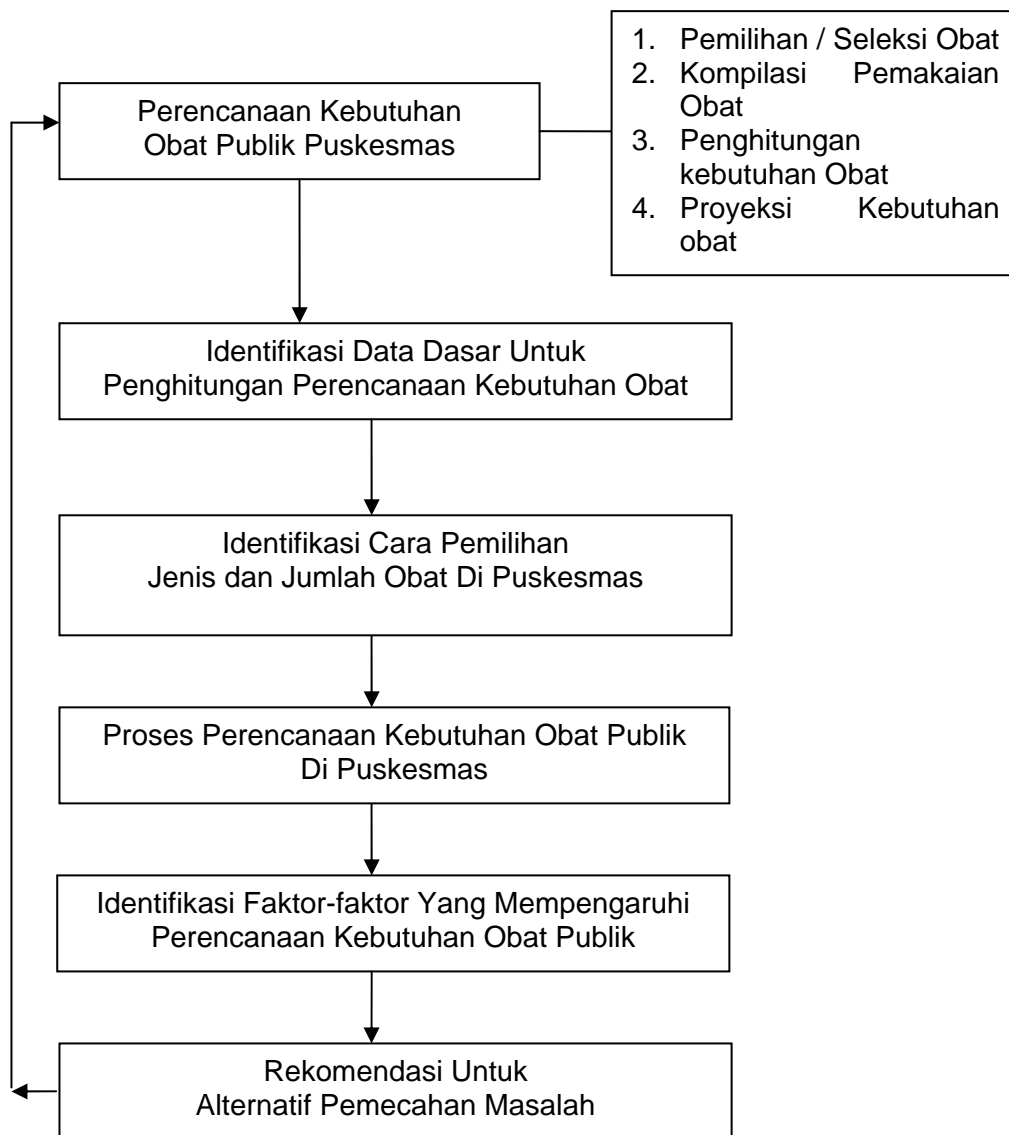
Sumber : Quick³³ *Managing Drug Supply*. Depkes RI.¹ *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*. Depkes RI.²⁶ *Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*. Suryawati³² *Perencanaan Kebutuhan Obat*

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



B. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan secara kualitatif yang didukung dengan data kuantitatif. Bila dilihat dari manfaat atau kegunaannya, maka penelitian kesehatan ini merupakan penelitian yang bersifat evaluatif (*evaluation research*) yaitu penelitian yang dilakukan terhadap pelaksanaan kegiatan yang sedang berjalan dalam rangka mencari umpan balik yang dapat dijadikan sebagai dasar untuk perbaikan suatu program atau sistem.⁴⁶

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Pendekatan waktu dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah *Survey Cross Sectional* atau penelitian tranversal yaitu suatu penelitian dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya setiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subyek penelitian diamati pada waktu yang sama.⁴⁶

Pelaksanaan pengumpulan data direncanakan pada bulan Juni sampai Agustus 2007. Penelitian dilaksanakan setelah mendapatkan izin secara tertulis dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Tasikmalaya dan Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

3. Metode pengumpulan Data

Untuk mendapatkan data atau informasi tentang proses perencanaan kebutuhan obat publik di semua Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, dilakukan pengumpulan

data dengan cara pengumpulan data sekunder, wawancara mendalam dengan informan dan pelaksanaan Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) atau *Focus Group Discussion (FGD)*.

a. Pengumpulan data sekunder

Pengumpulan data sekunder terdiri dari :

- 1) Rekapitulasi rencana kebutuhan obat publik Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
- 2) Data kunjungan pasien di Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Data ini digunakan sebagai salah satu dasar untuk menentukan sampel penelitian.
- 3) Daftar jenis obat yang ada di Bidang Kefarmasian Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya

b. Pengumpulan data primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara :

1) Wawancara mendalam

Wawancara dilakukan secara langsung antara pewawancara (*interviewer*) dengan terwawancara (*interviewee*). Selaku pewawancara dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri,⁴⁷ sedangkan terwawancara adalah informan. Informan yang diwawancarai dalam penelitian ini adalah semua pengelola obat publik di Puskesmas (Tenaga Pelaksana Farmasi) sebanyak 6 orang. Pelaksanaan wawancara untuk triangulasi dilakukan kepada 2 orang Kepala Puskesmas dan 1 orang Kepala Bidang Kefarmasian Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dengan tujuan untuk memperoleh penjelasan guna memaksimalkan informasi yang disampaikan oleh pengelola obat publik Puskesmas.

2) Diskusi Kelompok Terfokus (*Focus Group Discussion*)

Pelaksanaan FGD dilakukan setelah selesai pelaksanaan wawancara mendalam dengan semua informan, baik Pelaksana Farmasi Puskesmas, Kepala Puskesmas maupun Kepala Bidang Kefarmasian Dinas Kesehatan Kota Tasikmlaya. Pelaksanaan FGD bertujuan untuk memperoleh beberapa kesepakatan tenaga pengelola obat publik Puskesmas dalam rangka perbaikan proses perencanaan kebutuhan obat publik. Jumlah peserta FGD adalah 8 orang yang terdiri dari 6 orang Pelaksana Farmasi Puskesmas dan 2 orang Pengelola Obat Publik Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Kelompok FGD harus cukup kecil agar memungkinkan setiap individu mendapat kesempatan mengemukakan pendapatnya tetapi juga cukup memperoleh pandangan anggota kelompok yang bervariasi.⁴⁹

Waktu pelaksanaan pengumpulan data primer dapat ditunjukkan pada tabel 3.1

Tabel 3.1

Pelaksanaan Pengumpulan Data Primer
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Tahun 2007

No	Tanggal	Pelaksanaan	Tempat	Keterangan
1	10 Juli	WM	Purbaratu	
2	11 Juli	WM	Tawang	
3	11 Juli	WM	Panglayungan	
4	13 Juli	WM	Cilembang	
5	12 Juli	WM	Mangkubumi	
6	12 Juli	WM	Indihiang	
7	11 Juli	WM	Cilembang	Triangulasi
8	13 Juli	WM	Purbaratu	Triangulasi
9	16 Juli	WM	DKK	Triangulasi
10	18 Juli	FGD	Saung Sawah	

WM = Wawancara Mendalam

4. Subyek dan Obyek Peneltian

Subyek penelitian di sini adalah semua tenaga pengelola obat publik di Puskesmas (Pelaksana Farmasi) sebanyak 18 orang. Untuk menentukan subyek penelitian (informan) yang diwawancarai perlu dilakukan pengambilan sampel. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah Non Random (*Non Probability*) Sampling dengan metode *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan atas pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan ciri atau sifat populasi.⁴⁷ Dalam menentukan ciri atau sifat dari populasi pada penelitian ini dengan cara dari 18 Puskesmas dibagi dalam 4 kategori (kelompok) berdasarkan latar belakang pendidikan profesi kesehatan dan laporan kunjungan umum pasien Puskesmas. Keempat kategori tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Kategori I, yaitu Puskesmas dengan tenaga pelaksana farmasi yang berlatar belakang pendidikan bukan dari Sekolah Asisten Apoteker / Sekolah Menengah Farmasi (SAA / SMF)
- b. Kategori II, yaitu Puskesmas dengan tenaga pelaksana farmasi yang berlatar belakang pendidikan SAA / SMF yang mempunyai pustu dengan laporan angka kunjungan umum pasien kurang akurat.
- c. Kategori III, yaitu Puskesmas dengan tenaga pelaksana farmasi yang berlatar belakang pendidikan SAA / SMF yang tidak mempunyai pustu dengan angka kunjungan pasien rata-rata setiap bulan di atas 1000.
- d. Kategori IV, yaitu Puskesmas dengan tenaga pelaksana farmasi yang berlatar belakang pendidikan SAA / SMF yang tidak

mempunyai pustu dengan angka kunjungan pasien rata-rata setiap bulan di bawah 1000.

Subyek penelitian berdasarkan empat kategori tersebut dapat ditunjukkan pada tabel 3.2.

Tabel 3.2

Puskesmas Terpilih Sampel Penelitian
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Tahun 2007

Kategori	Nama Puskesmas	Sampel Penelitian	Jumlah Informan
I	Purbaratu, Tamansari, Karanganyar	Purbaratu	1 orang
II	Cibeureum, Kawalu, Mangkubumi, Indihiang, Bungursari, Sambongpari	Mangkubumi, Indihiang,	2 orang
III	Cipedes, Tawang, Kahuripan	Tawang	1 orang
IV	Sukalaksana, Bantarsari, Panglayungan, Cigeureung, Cihideung, Cilembang,	Panglayungan, Cilembang,	3 orang

Obyek penelitian di sini adalah data sekunder berupa dokumen yang ada kaitannya dengan perencanaan kebutuhan obat publik di Bidang Kefarmasian Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

5. Definisi Operasional

- a. Obat adalah semua obat yang dibutuhkan oleh Puskesmas untuk kegiatan pelayanan kesehatan kepada pasien di Puskesmas.
- b. Obat publik adalah semua jenis obat publik sebagaimana tercantum dalam Daftar Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar yang sesuai dengan ketentuan Direktur Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI yang masih berlaku pada saat pelaksanaan penelitian.

- c. UPTD adalah semua Puskesmas Induk yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
- d. Puskesmas adalah Puskesmas Induk terpilih sebagai sampel penelitian di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.
- e. Pengelola obat publik Puskesmas adalah tenaga pelaksana farmasi Puskesmas yang bertugas membuat perencanaan kebutuhan obat publik untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas.
- f. Pengelola obat publik Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya adalah pelaksana farmasi yang bertugas mengelola obat publik untuk pelayanan kesehatan dasar di tingkat Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.
- g. Kunjungan pasien adalah jumlah pasien yang berkunjung ke Puskesmas yang dijadikan sebagai data dasar untuk merencanakan kebutuhan obat publik.
- h. Data dasar penghitungan kebutuhan obat adalah semua jenis data yang dijadikan dasar untuk menghitung kebutuhan obat publik di Puskesmas
- i. Pemilihan jenis dan jumlah obat publik adalah cara penentuan jenis dan jumlah obat yang telah dilakukan oleh Puskesmas
- j. Kebutuhan obat publik adalah jenis dan jumlah obat publik untuk PKD yang dibutuhkan oleh Puskesmas.
- k. Kompilasi pemakaian obat adalah pemakaian bulanan setiap obat di unit pelayanan kesehatan (Puskesmas) di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya

- l. Proyeksi kebutuhan obat adalah perhitungan kasar perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
 - m. Proses Perencanaan kebutuhan obat publik Puskesmas adalah proses penyusunan perencanaan kebutuhan obat publik untuk PKD yang telah berjalan di Puskesmas sampai dengan tahun 2007
 - n. Perencanaan kebutuhan obat publik adalah dokumen yang berisi daftar semua jenis dan jumlah setiap item obat publik untuk PKD yang direncanakan atau diusulkan oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.
 - o. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perencanaan kebutuhan obat publik adalah beberapa faktor yang diperkirakan dapat mempengaruhi proses perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas
 - p. Alternatif rekomendasi adalah beberapa alternatif yang memungkinkan dapat diajukan sebagai bahan rekomendasi untuk memperbaiki masalah yang biasa dijumpai mempengaruhi proses perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas
6. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

Instrumen atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa pedoman wawancara mendalam dan pedoman pelaksanaan FGD. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument*, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.⁴⁷ Pedoman untuk pelaksanaan wawancara mendalam dan FGD adalah sebagaimana terlampir.

Cara penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Peneliti mengumpulkan data sekunder yang berkaitan dengan perencanaan kebutuhan obat publik di Bidang Kefarmasian Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
- b. Peneliti melaksanakan teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling* dengan membuat kriteria khusus untuk menentukan informan yang diwawancarai.
- c. Peneliti datang ke semua Puskesmas terpilih sebagai sampel penelitian untuk melaksanakan wawancara secara langsung dengan pengelola obat publik Puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
- d. Peneliti mencatat semua hasil wawancara mendalam dengan informan
- e. Peneliti merumuskan dan menganalisis hasil wawancara mendalam dengan informan.
- f. Peneliti menentukan peserta diskusi dan tempat untuk pelaksanaan FGD
- g. Peneliti mengatur jalannya kegiatan FGD
- h. Peneliti mencatat dan merumuskan serta menganalisis data hasil pelaksanaan FGD

7. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Data hasil wawancara mendalam dengan informan dan pelaksanaan FGD diolah dan dianalisis dengan metode *content analysis*. Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa,

menyusun ke dalam pola, memilah mana yang penting dan akan dipelajari dan selanjutnya mengambil kesimpulan sehingga mudah dipahami baik oleh diri sendiri maupun orang lain.⁴⁷ Analisis data kualitatif memilah-milahnya menjadi yang dapat dikelola, mensistensiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain.⁴⁸

Analisis data terutama difokuskan selama proses di lapangan bersamaan dengan pengumpulan data. Analisis data pada penelitian ini dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Aktivitas dalam analisis data dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas. Langkah-langkah dalam analisis data secara interaktif adalah sebagai berikut :⁴⁸

a. Reduksi data (*data reduction*)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal hal yang pokok, memfokuskan pada hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dalam mereduksi data, peneliti dipandu oleh tujuan utama yang ingin dicapai. Tujuan utama penelitian kualitatif adalah adanya temuan.

b. Penyajian data (*data display*)

Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat yaitu dengan teks yang bersifat naratif.

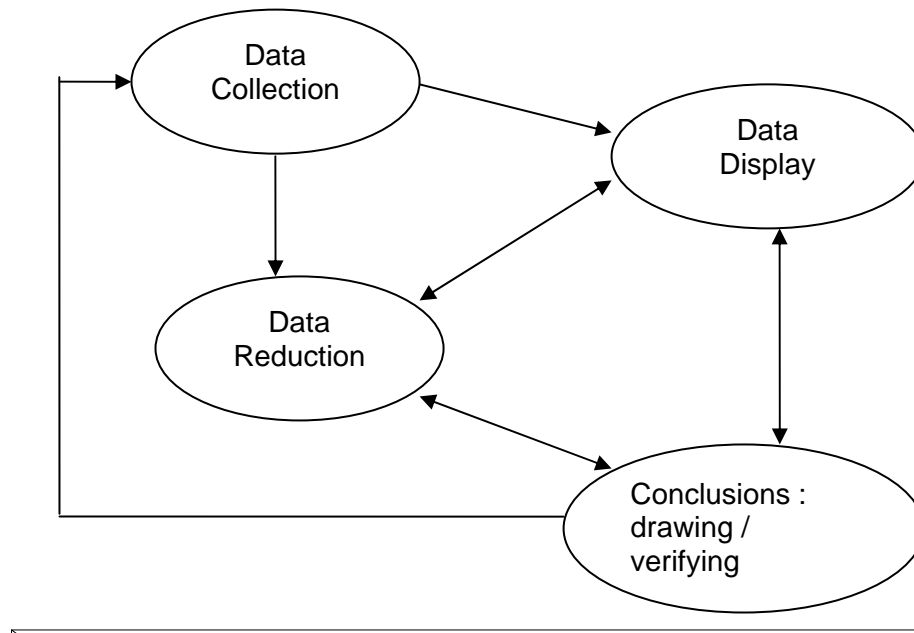
c. Penarikan kesimpulan dan verifikasi (*conclusions drawing / verifying*)

Kesimpulan dalam penelitian ini dapat berupa suatu temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan ini dapat berupa

deskripsi atau gambaran hubungan kausal atau interaktif, hipotesis atau teori.

Selanjutnya model interaktif dalam analisis data dapat ditunjukkan pada skema / gambar 3.2 berikut ini.

Gambar 3.2. Analisis Data Secara Interaktif



D. Validitas dan Reliabilitas

Untuk menguji keabsahan data dalam penelitian, biasanya dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Untuk mendapatkan data yang valid dan reliabel pada penelitian kualitatif yang diuji adalah datanya. Oleh karena itu penelitian kualitatif lebih menekankan pada aspek validitas.

1. Validitas (*validity*)

Pengujian validitas (keabsahan) terhadap hasil penelitian dilakukan dengan cara triangulasi. Triangulasi dalam pengujian kredibilitas diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan waktu. Dengan demikian terdapat triangulasi

sumber, triangulasi teknik pengumpulan data dan triangulasi waktu.⁴⁸

Uji validitas pada penelitian ini dengan cara triangulasi sumber, yaitu mengecek data yang telah diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan Tenaga Pelaksana Farmasi Puskesmas melalui Kepala Puskesmas dan Kepala Bidang Kafarmasian Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

2. Reliabilitas (*reliability*)

Pada penelitian ini uji reliabilitas (kepercayaan) dilakukan dengan cara audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Proses penelitian yang diaudit meliputi penentuan fokus masalah, peneliti masuk ke lapangan, menentukan sumber data, analisis data, uji keabsahan data, sampai dengan penarikan kesimpulan harus dapat ditunjukkan oleh peneliti.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Keterbatasan dan Kelemahan Penelitian

Penelitian mengenai Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik di Puskesmas Se Wilayah Kerja DKK Tasikmalaya memiliki beberapa keterbatasan dan kelemahan terutama :

1. Metodologi penelitian yakni penelitian ini bersifat observasional dengan pendekatan secara kualitatif dengan dukungan data kuantitatif. Waktu pengumpulan data primer yang dilakukan dengan cara *survey cross sectional* (satu kali observasi) memungkinkan terdapat informasi yang tidak terserap oleh peneliti. Antisipasi yang dilakukan untuk mengatasi hal tersebut, maka peneliti membuat pedoman wawancara mendalam dan FGD.
2. Dalam penentuan Informan dari 18 Puskesmas Induk yang ada, informan utama yang diwawancarai hanya 6 orang. Tentu saja informasi untuk menggambarkan situasi secara keseluruhan masih kurang sempurna. Untuk mengantisipasi hal tersebut maka dilakukan teknik sampling dengan cara *purposive sampling*. Dengan penentuan teknik sampling ini diharapkan dapat menggambarkan situasi Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya lebih mendekati kenyataan.
3. Jawaban informan pada penelitian kualitatif cenderung bersifat subyektif. Untuk mengantisipasi akurasi informasi, maka dilakukan triangulasi dan FGD. Kepala Puskesmas sebagai Informan triangulasi yang kebetulan belum lama bertugas di Puskesmas yang bersangkutan

dapat juga merupakan kelemahan informasi, maka untuk mengantisipasi triangulasi dilakukan terhadap Kabid Kefarmasian DKK. Dengan triangulasi dan FGD diharapkan dapat mengurangi subyektivitas jawaban informan.

4. Untuk memperoleh literatur yang berkaitan dengan manajemen obat cukup sulit, sehingga teori tentang proses perencanaan kebutuhan obat sulit didapatkan. Untuk mengatasi hal tersebut, upaya yang dilakukan adalah dalam membuat kerangka teori perencanaan kebutuhan obat diambil dari beberapa sumber pustaka.
5. Kesulitan mendapatkan definisi istilah atau pengertian baku tentang obat publik. Obat publik merupakan istilah dari obat untuk pelayanan kesehatan dasar yang lazim digunakan di lingkungan Departemen Kesehatan RI. Untuk menjelaskan tentang pengertian obat publik dilakukan dengan cara membuat definisi operasional.

B. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya

Berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) Kota Tasikmalaya Nomor 15 Tahun 2003 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) DKK Tasikmalaya, DKK Tasikmalaya terdiri dari :⁵⁰⁾

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota
2. Bagian Tata Usaha terdiri dari Sub Bagian Umum Kepegawaian dan Perencanaan serta Sub Bagian Keuangan
3. Bidang Penanggulangan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan terdiri dari Seksi Pencegahan Pemberantasan Pengamatan Penyakit dan Seksi Penyehatan Lingkungan
4. Bidang Bina Kesehatan Keluarga Masyarakat terdiri dari Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat dan Seksi Kesehatan Keluarga

5. Bidang Pelayanan Kesehatan terdiri dari Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan serta Seksi Promosi Kesehatan
6. Bidang Kefarmasian terdiri dari Seksi Bina Farmasi dan Seksi Perbekalan Farmasi dan Alta Kesehatan
7. UPTD yang terdiri dari 18 Puskesmas Induk dan 1 RB Dewi Sartika
8. Jabatan Fungsional

Bagan SOTK DKK Tasikmalaya dapat dilihat pada lampiran 12.

Sarana untuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada umumnya dan obat pada khususnya disediakan oleh DKK Tasikmalaya. Bidang Kefarmasian DKK Tasikmalaya dalam melaksanakan pengadaan obat berdasarkan perencanaan dari semua UPTD. Penyediaan obat untuk PKD dilaksanakan setiap tahun sesuai dengan dana yang tersedia. Dana untuk pengadaan obat bersumber dari DAU Pemerintah Kota Tasikmalaya.

DKK Tasikmalaya dalam menjalankan tugasnya berpedoman pada visi dan misi yang dimiliki. Dengan berpedoman pada visi "*Indonesia Sehat 2010*", "*Jawa Barat Sehat 2008*" dan "*Dengan berlandaskan Iman dan Taqwa Kota Tasikmalaya Menjadi Pusat Perdagangan dan Industri Termaju di Wilayah Priangan Timur tahun 2012*", maka Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya telah menetapkan Visi "*Kota Tasikmalaya Sehat 2007*" dengan motto "*Bersih Imah Buruan Hawa Seger Seuseupan Sehat Badan*". Penetapan visi "*Indonesia Sehat 2010*" menekankan bahwa setiap bidang pembangunan harus berwawasan kesehatan, artinya dari setiap komponen strategis pembangunan maka kesehatan menjadi salah satu bagian pentingnya atau minimal ikut berkontribusi untuk mengembangkan lingkungan dan perilaku hidup sehat. Penetapan visi

Kota Tasikmalaya Sehat 2007 bukan berarti bahwa pada tahun 2007 tidak ada lagi penduduk Kota Tasikmalaya yang sakit. Akan tetapi pada tahun 2007 diharapkan agar setiap penduduk di Kota Tasikmalaya telah memiliki aksesibilitas (keterjangkauan) yang cukup baik terhadap pelayanan kesehatan serta memiliki keterjangkauan terhadap berbagai peluang untuk mengembangkan kemampuan hidup sehat melalui kesadaran berperilaku hidup sehat.⁵¹

Untuk mencapai visi tersebut maka Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya mengemban 5 (lima) misi sebagai berikut : ⁵¹⁾

1. Menjamin keterjangkauan upaya pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata kepada seluruh penduduk
2. Menciptakan peluang bagi setiap orang untuk mengembangkan kemampuan untuk hidup sehat
3. Mendorong kemandirian individu, keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat dan produktif
4. Mengembangkan kemampuan pemerintah kota untuk mencapai kecamatan dan desa / kelurahan sehat
5. Menjalin kemitraan untuk tercapainya tingkat derajat kesehatan masyarakat.

C. Karakteristik Informan

Untuk memudahkan proses penyajian data hasil wawancara mendalam, triangulasi dan FGD dan analisis data hasil penelitian perlu dibuat suatu kode informan. Adapun kode informan pada penelitian ini dapat ditunjukkan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1.

Daftar Kode Informan Penelitian
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2007

Inisial	Jabatan	Puskesmas / DKK	Kode Informan	Untuk Kegiatan
AB	Pelaksana Farmasi	Purbaratu	R1	WM dan FGD
CK	Pelaksana Farmasi	Tawang	R2	WM dan FGD
RFG	Pelaksana Farmasi	Panglayungan	R3	WM dan FGD
ER	Pelaksana Farmasi	Cilembang	R4	WM dan FGD
NN	Pelaksana Farmasi	Mangkubumi	R5	WM dan FGD
SNK	Pelaksana Farmasi	Indihiang	R6	WM dan FGD
YH	Pengelola Obat	DKK	R7	FGD
DS	Pengelola Obat	DKK	R8	FGD
YP	Kepala Puskesmas	Cilembang	T1	Triangulasi
RD	Kepala Puskesmas	Purbaratu	T2	Triangulasi
NR	Kabid Kefarmasian	DKK	T3	Triangulasi

R = Responden T = Triangulasi

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukan bahwa informan dalam penelitian ini sebanyak 11 orang yang terdiri dari :

1. Pelaksana farmasi Puskesmas merupakan informan utama untuk pelaksanaan wawancara mendalam dan FGD sebanyak 6 orang (R1 – R6),
2. Pengelola obat DKK sebagai informan tambahan sebanyak 2 orang (R7, R8) hanya untuk pelaksanaan FGD,
3. Kepala Puskesmas dan Kabid kefarmasian sebagai informan triangulasi sebanyak 3 orang (T-1 – T3).

Karakteristik informan dalam penelitian ini dapat ditunjukan pada tabel 4.2 di bawah ini

Tabel 4.2

Karakteristik Informan Penelitian
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Tahun 2007

Informan	Jenis Kelamin	Pendidikan Profesi Kesehatan	Lama Sebagai Pengelola Obat	Lama Menduduki Jabatan	Tugas Rangkap
R1	L	D-3 Keperawatan	2 th		Promosi Kesehatan, BP Harian, Perawatan, Matra
R2	P	SMF	6 th		-
R3	P	SAA	13 th		Bendaharawan Barang
R4	P	SMF	11 th		-
R5	P	SMF	9 th		-
R6	P	SMF, SKM	7 bl		-
R7	P	Apoteker	1 th		-
R8	L	Apoteker	2 th		-
T1	P	Dokter Gigi		2 bl	-
T2	P	Dokter Umum		2 bl	-
T3	L	Apoteker		4 th	-

L = Laki-laki; P = Perempuan

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa Pelaksana Farmasi Puskesmas pada umumnya adalah perempuan. Pelaksana Farmasi Puskesmas yang belatar belakang bukan dari SAA / SMF ternyata memiliki tugas rangkap yang cukup banyak karena memang profesi petugas tersebut bukan asisten apoteker. Pada umumnya Pelaksana Farmasi Puskesmas yang belatar belakang pendidikan SAA / SMF tidak memiliki tugas rangkap yang banyak sehingga dapat lebih terfokus terhadap tugas pokoknya yaitu mengelola obat di Puskesmas. Disamping itu sebagian besar Pelaksana Farmasi Puskesmas telah bertugas sebagai pengelola obat di Puskesmas lebih dari 1 tahun. Dengan demikian mereka dapat dianggap cukup berpengalaman dalam merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas.

Berdasarkan tabel 4.2, menunjukkan bahwa 2 orang informan triangulasi menjabat sebagai Kepala Puskesmas baru 2 bulan di Puskesmas tersebut. Tetapi pada dasarnya 2 orang informan triangulasi sebenarnya telah cukup lama bekerja di Puskesmas. Informan belum lama menjabat sebagai Kepala Puskesmas tersebut disebabkan di lingkungan DKK Tasikmalaya baru terjadi mutasi penempatan pegawai.

D. Data Dasar Penghitungan Perencanaan Kebutuhan Obat Publik

Hasil wawancara mendalam dan triangulasi mengenai data dasar dan sumber data yang digunakan untuk penghitungan perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3

Jawaban Informan Tentang Data Dasar dan Sumber Data Yang Digunakan Untuk Merencanakan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Sampai Dengan Tahun 2007

1. Hasil wawancara mendalam :

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Data dasar yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat	Data penyakit disesuaikan dengan retribusi Retibusi per bulan disesuaikan dengan kebutuhan obat pasien	Pemakaian obat pada tahun sebelumnya Jumlah kasus penyakit yang datang ke Puskesmas Alokasi dana	Item obat yang dibutuhkan Jenis Penyakit Jumlah balita dan ibu hamil	Stok obat pada akhir tahun Jenis obat yang dibutuhkan	Jumlah penduduk Pemakaian obat tahun lalu	Jumlah penggunaan obat per hari, per bulan Data kasus penyakit terbesar	Data penyakit, pemakaian obat tahun lalu, alokasi dana, retribusi, jumlah ibu hamil dan balita, stok obat akhir tahun
Sumber data dasar untuk perencanaan kebutuhan obat	BP harian, Poli KIA, Poli Gigi Retribusi sudah ditentukan per tahun	Arsip yang disimpan, resep yang ada Pengelola program,	Setiap unit, misal : gigi, imunisasi, KIA, TB Paru) Unit Gizi (khusus untuk Vit A dan tablet Fe)	Hasil pemakaian obat bulanan Setiap unit / poli	Kecamatan Pencatatan dan pelaporan obat Puskesmas	Catatan pemakaian obat bulanan Resep yang ada	Semua unit pelayanan, catatan pemakaian obat

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Keyakinan terhadap data dasar yang dimiliki	Kurang yakin terhadap data karena item dan jumlah obat sudah ditentukan oleh DKK. Jenis obat untuk Rawat Inap hampir 90 % tidak ada	Percaya terhadap data yang ada	Yakin terhadap data yang ada karena mereka yang memeriksa dan merupakan tanggung jawab bersama	Yakin karena hasil musyawarah	Kurang yakin terhadap jumlah penduduk, tetapi yakin terhadap pemakaian obat	Yakin saja terhadap data yang ada	Yakin terhadap data yang dimiliki. Dua informan kurang yakin terhadap data yang dimiliki

2. Hasil Triangulasi

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Data dasar yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat	Pemakaian obat tahun yang lalu Perkiraan peningkatan pasien Jumlah penduduk	Jumlah kunjungan Jenis kasus penyakit Stok obat yang ada	Alokasi dana Kebutuhan obat riil Puskesmas untuk pelayanan kesehatan	Data penyakit, pemakaian obat tahun lalu, alokasi dana
Sumber data dasar untuk perencanaan kebutuhan obat	Catatan pemakaian obat harian, bulanan, tahunan	Laporan Bulanan Puskesmas (LB-1). Pada kenyataannya jalan sendiri-sendiri karena tidak memiliki petugas dari SAA / SMF	BP, Pustu, Puskesmas, gudang obat Puskesmas, Pemegang program yang berkaitan dengan kebutuhan obat.	Semua unit pelayanan, catatan pemakaian obat di unit farmasi

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Keyakinan terhadap data dasar yang dimiliki	Yakin terhadap data tersebut karena berasal dari hasil rekapan setiap hari	Yakin terhadap data yang ada karena berasal dari hasil pencatatan	Apapun alasannya Puskesmas harus memiliki data yang valid dan reliabel (nyata) karena obat yang direncanakan merupakan kebutuhan sendiri	Yakin terhadap data yang dimiliki

Berdasarkan tabel 4.3 mengenai data yang digunakan sebagai dasar untuk merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas dan sumbernya, jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa :

1. Data yang digunakan sebagai data dasar untuk merencanakan kebutuhan obat Puskesmas menurut sebagian besar informan adalah pemakaian obat sebelumnya, jenis penyakit yang datang ke Puskesmas, jenis obat yang dibutuhkan dan alokasi dana yang tersedia sesuai dengan petunjuk dari DKK. Jawaban sebagian informan adalah retribusi, jumlah penduduk, stok obat, jumlah balita dan ibu hamil khusus untuk perencanaan kebutuhan obat tablet Fe (tambah darah) dan Vit A.
2. Data dasar tersebut diperoleh dari semua unit pelayanan di Puskesmas, kecuali data penduduk diperoleh dari Kecamatan.

Pada umumnya informan utama merasa yakin terhadap keakuratan data yang dimiliki, namun ada dua informan yang merasa kurang yakin sepenuhnya terhadap data yang dimiliki. Berikut ini dialog ketidakpercayaan informan :

Kotak 1 :

“ kurang yakin. Walaupun diperbanyak, dari Dinas sudah diplot, tidak boleh lebih dari plot yang ditentukan oleh Dinas baik jumlah maupun itemnya. Padahal jenis obat yang dibutuhkan untuk rawat inap hampir 90 % tidak ada” (Pelaksana Farmasi Puskesmas Purbaratu)
 “ jumlah penduduk kurang yakin, pemakaian obat yakin” (Pelaksana Farmasi Puskesmas Mangkubumi)

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai data dasar yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas dan sumbernya, jawaban informan menunjukkan bahwa :

1. Data utama yang digunakan sebagai dasar apabila merencanakan kebutuhan obat diantaranya adalah pemakaian obat tahun lalu, perkiraan peningkatan jumlah pasien, jumlah penduduk, jumlah kunjungan Puskesmas, jenis kasus penyakit, stok obat yang ada, alokasi dana dan kebutuhan obat riil.
2. Sumber data tersebut berasal dari hasil pencatatan pemakaian obat harian, bulanan dan tahunan, Laporan Bulanan Puskesmas (LB-1), BP, pemegang program yang berkaitan dengan obat, Puskesmasling, Pustu, Gudang Obat di Puskesmas.
3. Mengenai keyakinan terhadap data yang diperoleh, informan mengatakan yakin karena berasal dari hasil pencatatan harian. Disamping itu Puskesmas dituntut harus memiliki data yang valid dan reliabel karena perencanaan kebutuhan obat merupakan kebutuhan sendiri.

Hasil triangulasi mengenai data dasar yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat Puskesmas pada dasarnya pada dasarnya sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan utama.

Berdasarkan informasi tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat data dasar yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat Puskesmas adalah berdasarkan hasil kompilasi pemakaian obat. Dengan adanya sebagian informan yang kurang yakin terhadap data dasar yang dimiliki menunjukkan terdapat data dasar yang kurang akurat. Hal ini dapat mempengaruhi ketepatan dalam merencanakan kebutuhan obat secara riil.

E. Pemilihan Jenis dan Jumlah Obat Publik

Hasil wawancara mendalam dan triangulasi mengenai pemilihan jenis dan jumlah obat publik di Puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4

Jawaban Informan Tentang Pemilihan Jenis dan Jumlah Obat Publik Yang Dibutuhkan Puskesmas
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Sampai Dengan Tahun 2007

1. Hasil Wawancara Mendalam :

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Cara menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan Puskesmas	Obat yang dibutuhkan saja Jumlah pemakaian obat rata-rata per bulan X 13	Sesuai dengan resep yang banyak kasusnya Jumlah resep yang datang	Jenis obat sesuai dengan kebutuhan setiap unit Jumlah obat berdasarkan tahun yang lalu dan buffer stok	Jenis obat sesuai dengan kebutuhan Berembug dengan Kepala Puskesmas, Drg, perawat, bidan	Obat yang banyak dipakai. Stok untuk menjaga bila ada kejadian kasus penyakit di luar dugaan Pemakaian rata-rata per bulan X 13 (termasuk buffer stok)	Sesuai dengan daftar obat dari DKK + obat yang belum ada dalam daftar bila memang dibutuhkan Jumlah obat berdasarkan jumlah pasien + 1 bl utk persediaan	Jenis obat sesuai dengan Daftar dari DKK dan hasil koordinasi dengan unit pelayanan. Jumlah obat = pemakaian rata-rata per bulan X 13
Pengetahuan informan tentang obat standar yang harus dimiliki Puskesmas	Tidak tahu	Belum dibaca, Obat yang pokok, Tidak tahu	VEN harus ada, Tidak tahu	Tidak tahu, belum pernah diberitahu oleh DKK	Tidak paham, belum pernah dapat informasi	Tidak tahu, tidak dikasih tahu oleh DKK	Semua informan tidak tahu

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Kesesuaian antara ketersediaan obat dengan tuntutan pelanggan Puskesmas	Bila di BP sesuai dan cukup, Obat untuk Rawat Inap terpenuhi \pm 10 % dari kebutuhan Rawat Inap, Obat yang dibutuhkan belum tersedia di DKK.	80 % sesuai, 20 % tidak sesuai karena di DKK tidak tersedia misal obat untuk asam urat	Cukup sesuai, masih ada yang kurang karena adanya penyakit baru misal herpes butuh acyclovir tapi sekarang sudah tersedia	Sesuai, tidak pernah ada kekurangan, semua pasien terlayani	Sesuai dengan permintaan, tidak ada komplek dari masyarakat	Tidak sesuai dengan alasan kurang komunikasi antara DKK dengan Puskesmas bila mau pengadaan obat	Ada yang sesuai dan ada pula yang tidak sesuai dengan tuntutan pelanggan

2. Hasil Triangulasi :

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Cara menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan Puskesmas	Jenis obat sesuai dengan daftar dari DKK. Jumlah = pemakaian obat pada bulan sebelumnya di tambah perkiraan 5 – 10 %	Jenis sesuai dengan panduan dari DKK, bila di luar panduan, tidak pernah mendapatkan, Sesuai dengan panduan pun tidak semua mendapatkan karena memang tidak ada pilihan lain Penentuan jumlah dengan patokan 1 pasien = 10 butir obat, 1 resep = 30 butir obat	Berdasarkan metode konsumsi dan kasus penyakit (trend atau prediksi kasus penyakit yang akan terjadi) Jumlahnya terkait dengan stok obat yang ada di Puskesmas	Jenis obat sesuai dengan daftar dari DKK. Jumlah obat = pemakaian rata-rata per bulan ditambah stok cadangan

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Pengetahuan informan tentang indikator obat standar yang harus dimiliki Puskesmas	Belum tahu	Tidak tahu	Jelas mengetahui karena aturan di Puskesmas sudah ditentukan oleh Menkes RI melalui petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis (juklak dan juknis) salah satunya adalah pengobatan dasar, anafilaksis syok terkait dengan obat vital yang tidak boleh tidak ada di Puskesmas untuk PKD (obat yang harus tersedia di Puskesmas)	Tidak mengetahui
Kesesuaian antara ketersediaan obat dengan tuntutan pelanggan Puskesmas	Sesuai saja karena tidak pernah ada komplek dari masyarakat. Bila membutuhkan obat yang tidak tersedia di Puskesmas, pasien diberi resep agar membeli di Apotek, tetapi jarang terjadi	Sudah ketinggalan zaman, misal amoxicillin. Penggunaan amoxicilin bisa menyebabkan resistensi seharusnya ada alternatif lain. Penyakit DM (Diabetes Mellitus) obatnya terbatas. Gudang obat Puskesmas tidak memenuhi syarat. Pasien askes lebih suka berobat ke Rumah Sakit karena di Puskesmas tidak tersedia obatnya	Pasien tidak terkait dengan kebutuhan obat untuk dirinya karena pengguna obat adalah dokter yang mengetahui tentang penyakit lewat ilmunya (anamnese, diagnosis). Bila memang ada tuntutan dari pasien, pengobatan tidak akan rasional karena dokter tidak bersifat independen	Ada yang sesuai dan ada pula yang tidak sesuai dengan tuntutan pelanggan

Berdasarkan tabel 4.3 mengenai cara menentukan jenis dan jumlah obat yang direncanakan untuk kebutuhan Puskesmas, jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa :

1. Dalam menentukan jenis obat, Puskesmas menentukan jenis obat yang dibutuhkan saja sesuai dengan daftar yang telah diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota. Apabila terdapat jenis obat yang dibutuhkan tetapi tidak ada di dalam daftar tersebut, maka Puskesmas menambahkan dengan cara menuliskan pada kolom yang tersedia.
2. Dalam menentukan jenis obat yang dibutuhkan Puskesmas disesuaikan dengan kebutuhan obat pada setiap unit pelayanan kesehatan (poli). Hal ini dapat dilihat dari catatan resep harian, catatan pemakaian obat harian dan bulanan.
3. Dalam menentukan jumlah obat yang dibutuhkan, cara yang dilakukan oleh informan utama adalah dengan menghitung pemakaian obat rata-rata per bulan X 13 (dengan asumsi 12 tahun + 1 bulan untuk stok cadangan)

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai cara menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa :

1. Penentuan jenis obat sesuai dengan panduan atau petunjuk yang berisi daftar jenis obat dari DKK.
2. Penentuan jumlah kebutuhan obat berdasarkan jumlah pemakaian obat pada bulan sebelumnya lalu ditambah 5 – 10 %. Hal ini untuk mengantisipasi apabila terjadi peningkatan kunjungan pasien. Penentuan jumlah kebutuhan obat secara sederhana dengan dasar perhitungan 1 resep per pasien = 30 butir obat.

3. Penentuan jenis dan jumlah kebutuhan obat berdasarkan pola konsumsi dan kasus penyakit terkait dengan stok obat yang ada di Puskesmas.

Berdasarkan tabel 4.3. mengenai cara penentuan jenis adalah sesuai dengan petunjuk dari DKK dan jumlah obat yang dibutuhkan Puskesmas direncanakan berdasarkan pemakaian obat rata-rata per bulan ditambah stok cadangan.

Berdasarkan tabel 4.3 mengenai pengetahuan informan tentang indikator jenis obat standar yang harus dimiliki Puskesmas, semua informan mengatakan tidak mengetahui dengan berbagai alasan. Pada dasarnya alasan utama informan tidak mengetahui tentang hal tersebut adalah karena belum mendapatkan informasi dari DKK Tasikmalaya. Dengan demikian informasi tentang indikator jenis obat standar yang harus dimiliki Puskesmas belum tersosialisasi di lingkungan Puskesmas.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai pemahaman Puskesmas terhadap indikator obat standar yang harus dimiliki Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa pada dasarnya Puskesmas belum mengetahui tentang hal itu. Padahal menurut Kepala Bidang Keframasian, Puskesmas dianggap pasti mengetahui tentang indikator obat standar walaupun pada kenyataannya tidak mengetahui. Di sini tampak adanya kesenjangan anggapan pemahaman tentang indikator obat standar antara Kepala Bidang Kefarmasian dengan pihak Puskesmas. Dengan demikian informasi tentang indikator obat standar belum tersosialisasi dengan baik di lingkungan Puskesmas. Hasil triangulasi sumber mengenai pemahaman terhadap indikator obat standar yang harus dimiliki oleh Puskesmas terdapat sedikit ketidaksesuaian antara informan utama dengan Kepala Bidang Kefarmasian DKK

Tasikmalaya. Berkenaan dengan hal tersebut, maka informasi tentang tentang indikator obat standar harus secepatnya disosialisasikan ke semua Puskesmas.

Berdasarkan tabel 4.3 mengenai ketersediaan obat publik kaitannya dengan tuntutan pelanggan (masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas), jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukan bahwa :

1. Pada dasarnya ketersediaan obat di Puskesmas masih sesuai dengan tuntutan pelanggan.
2. Bagi Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) atau Rawat Inap (RI), ketersediaan obat tidak sesuai dengan tuntutan pelanggan. Karena masih terdapat kebutuhan obat tertentu akan tetapi Puskesmas tidak bisa memenuhinya. Namun sekitar 80 % obat yang tersedia masih sesuai dengan permintaan pelanggan.
3. Bagi Puskesmas tertentu masih terdapat adanya ketidaksesuaian antara ketersediaan obat dengan permintaan pelanggan. Namun bukan berarti seluruh obat yang tersedia tidak sesuai dengan permintaan pelanggan. Hal ini dapat diprediksi bahwa ada salah satu Puskesmas tertentu yang membutuhkan jenis obat tertentu tetapi obat yang dibutuhkan tidak tersedia di Puskesmas.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai ketersediaan obat di Puskesmas dengan tuntutan pelanggan, jawaban informan menunjukan bahwa pada dasarnya ketersediaan obat sesuai dengan tuntutan pelanggan. Namun demikian terdapat informan yang mengatakan ketersediaan obat tidak sesuai dengan tuntutan pelanggan. Hal ini menunjukan bahwa bagi Puskesmas tertentu pernah mengalami adanya kebutuhan obat yang belum tersedia di Puskesmas.

F. Proses Perencanaan Kebutuhn Obat

Hasil wawancara mendalam dengan informan utama dan triangulasi mengenai proses perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5

Jawaban Informan Tentang Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Sampai Dengan Tahun 2007

1. Hasil wawancara mendalam :

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Cara merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas	Blanko sudah disediakan oleh DKK, dimusyawarahkan dengan Kepala Puskesmas dan semua unit (BP, KIA, Gigi, Keperawatan) untuk menentukan jenis obat yang dibutuhkan	Melihat yang dulu, memilah-milah obat yang terpakai dan yang tidak terpakai Merencanakan sendiri	Koordinasi dengan semua unit untuk menentukan jenis obat. Sesuai dengan blanko dari DKK, menentukan jumlah obat berdasarkan tahun yang lalu. Khusus untuk gizi, jenis dan jumlah ditentukan oleh unit gizi	Musyawarah dengan Kepala Puskesmas dan semua unit untuk menentukan jenis obat yang dibutuhkan Merekap jumlah kebutuhan obat Disesuaikan dengan alokasi dana	Pemakaian tiap bulan X 13	Mengacu pada daftar dari DKK, Melihat pasien yang berkunjung ke Puskesmas Resep harian direkap, rata-rata per bulan X 13	Koordinasi dengan semua unit pelayanan. Untuk menentukan jenis obat. Menentukan jumlah obat sesuai dengan blako yang tersedia dari DKK

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Cara menghitung jumlah kebutuhan setiap item obat	Menghitung resep harian sehingga ketemu jumlah obat yang dibutuhkan	Jumlah obat yang dikeluarkan per kasus X jumlah kunjungan X 12	Jumlah rata-rata per bulan X 13	Jumlah pemakaian per bulan X 12	Semua pemakaian item obat per bulan X 13	Jumlah pemakaian tahun lalu + 1 bulan kecuali bila ada tambahan obat yang dibutuhkan, mengajukan lagi ke DKK	Jumlah pemakaian rata-rata per bulan X 13 atau X 12
Sistim perencanaan kebutuhan obat publik	Belum pas karena item obatnya ditentukan oleh DKK padahal belum tentu sesuai dengan kebutuhan Puskesmas	Disesuaikan dengan kunjungan ditambah 10 % untuk persediaan	Mendekati kenyataan Obat untuk keluarga miskin (gakin) atau JPS (jaring pengaman sosial) melebihi kebutuhan. Tidak diminta tetapi harus menerima. Karena obat didrop sehingga banyak yang numpuk di gudang obat Puskesmas	Berdasarkan kebutuhan yang direncanakan Berdasarkan alokasi dana dan pemakaian obat	Sering dipakai berdasarkan pola konsumsi	Hanya menurut daftar dari DKK karena sudah ditentukan oleh DKK Usulan obat baru tidak pernah dipenuhi	

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas	Jumlah kunjungan tidak perlu melihat retribusi Kasus yang ada di Puskesmas, Puskesmas mendiagnosa secara benar terhadap kasus yang ada	Melihat alokasi dana Banyaknya obat yang tertulis dalam resep yang masuk Penambahan obat yang dibutuhkan (yang tadinya belum ada tetapi dibutuhkan)	Musyawarah dengan tenaga medis dan paramedis untuk menentukan jenis obat yang dibutuhkan Menentukan jumlah sesuai dengan perkembangan penyakit Dihitung dengan perhitungan : (Jumlah per bulan X 13) – stok	Stok akhir Puskesmas, Pemakaian rata-rata, Mengumpulkan staf dengan Kepala Puskesmas untuk menentukan jenis obat Alokasi dana yang tersedia Merekap, menghitungnya	Mengetahui jumlah penduduk Menghitung pemakaian obat tiap hari direkap dalam 1 bulan Rencana 1 th = 13 (sudah termasuk stok)	Komunikasi dengan Puskesmas untuk menentukan jenis obat yang dibutuhkan Puskesmas oleh Dinas agar sesuai dengan permintaan Puskesmas	Koordinasi dengan pengguna obat. Menentukan jenis obat. Menghitung jumlah obat
Cara mengevaluasi kebutuhan obat di Puskesmas	Melihat pemakaian jenis obat. Misal pada tahun ini menggunakan jenis obat A, maka tahun berikutnya jenis obat A ditambah dan jenis lainnya	Dilihat dari resep jenis obat yang terpakai Sisa obat yang ada Melihat obat yang terpakai dan tidak terpakai	Pemakaian obat antibiotik (selalu kurang dari perencanaan)	Menghitung rata-rata pemakaian, cost obat, penyerapan dana per bulan	Resep dari Dokter direkap ke buku pengeluaran obat harian Terpenuhinya kebutuhan obat sesuai dengan permintaan	Tidak terjadi kekurangan obat Obat yang dipesan, diberi oleh DKK dicukup-cukupkan Ada sebagian obat yang melebihi	Melihat jenis dan jumlah pemakaian obat serta kekurangan dan kelebihan obat.

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Cara mengevaluasi kebutuhan obat di Puskesmas	dikurangi sesuai dengan ketentuan dari DKK 1 th 1 X bisa berubah, melihat dari LPLPO	Sisa obat yang ada Melihat obat yang terpakai dan tidak terpakai			Tidak ada komplemen dari masyarakat	kebutuhan Melihat gudang obat ada sisa atau tidak Banyak obat yang tidak diminta, tetapi datang sendiri	

2. Hasil triangulasi

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Cara merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas	Melihat data pemakaian obat tahun lalu. Karena selalu ada peningkatan pasien setiap tahun, maka Pelaksana Farmasi koordinasi dengan setiap unit (BP, Gigi, Bidan. Bidan Desa)	Diurus sendiri oleh Pelaksana Farmasi walaupun koordinasi dengan petugas lain (BP, KIA, Gigi)	Sesuai dengan alokasi dana yang tersedia disesuaikan dengan jumlah kunjungan Puskesmas, dijumlahkan secara komprehensif dan jumlahnya sebagai pembagi dari nilai rupiah yang tersedia. Perkaliannya = jumlah kunjungan masing-masing Contoh: Kunjungan Puskesmas A = 30.000 Kunjungan Puskesmas B = 20.000 Kunjungan Puskesmas C = 50.000 -----	Koordinasi dengan unit pelayanan dan dikerjakan oleh pelaksana farmasi. Jumlah kunjungan pasien disesuaikan dengan alokasi dana

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Cara merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas			Total kunjungan (A + B + C) = 100.000 Dana tersedia = Rp 1.800.000.000 Alokasi dana Puskesmas A = $(30.000 / 100.000) \times \text{Rp. } 1.800.000.000,- = \text{Rp. } 600.000.000,-$	
Cara menghitung jumlah kebutuhan setiap item obat	Dari pemakaian obat sebelumnya lalu memperkirakan berdasarkan jumlah pasien yang ada	Sesuai dengan yang sudah berjalan saja	Dengan metode konsumsi dan kasus penyakit sehingga ketemu jumlah obat yang dibutuhkan plus sisa stok yang ada di Puskesmas (<i>bottom up</i>) Mengacu pada Keputusan Menkes RI lewat harga obat yang ditetapkan kaitannya dengan besar biaya yang diperlukan	Berdasarkan pola konsumsi dan kasus penyakit
Sistim perencanaan kebutuhan obat publik	Kurang pasti langkah-langkahnya, hanya berdasarkan perkiraan saja. Untuk menghindari bila ada kebutuhan obat yang tidak ada dalam daftar dari DKK, Puskesmas mengisi pada blanko usulan kebutuhan obat yang tersedia.	Tidak sesuai dengan semestinya, Harusnya ada kesesuaian antara obat yang disediakan DKK dengan kebutuhan Puskesmas karena setiap Puskesmas memiliki kebutuhan obat yang berbeda apalagi Puskesmas DTP.	Perencanaan kebutuhan akan seperti ini karena kami tidak akan intervensi terhadap pengguna obat. Tetapi kita mengingatkan koridor yang harus dilaksanakan melalui metode konsumsi dan kasus penyakit, standar pengobatan dasar agar mendekati pengobatan yang rasional.	Kurang pasti sesuai dengan semestinya karena berdasarkan perkiraan

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas	<p>Pelaksana Farmasi menyampaikan form yang ada + pemakaian obat tahun lalu.</p> <p>Pelaksana farmasi menghadap Kepala Puskesmas dalam kondisi sudah memperoleh angka Pemilihan obat oleh Pelaksana Farmasi</p> <p>Pelaksana Farmasi koordinasi dengan unit lain</p> <p>Tambahan jenis obat yang diperkirakan dibutuhkan</p>	<p>Ada perencanaan ke depan</p> <p>Melihat kunjungan dan jenis penyakit</p> <p>Membuat permohonan ke DKK</p> <p>DKK menyediakan obat sesuai dengan permintaan yang dibutuhkan Puskesmas</p> <p>Setiap Petugas pengelola obat dengan Kepala Puskesmas mengadakan refresing dan evaluasi bersama</p>	<p>Data akhir tahun lewat kasus penyakit</p> <p>Data pemakaian obat riil melalui konsumsi obat. Ini dapat terlihat dari peta yang menunjukkan keadaan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas yang bersangkutan di luar KLB</p> <p>Alokasi dana yang tersedia, melihat peta kasus penyakit</p> <p>Merencanakan kebutuhan obat untuk 1 tahun</p>	<p>Pelaksana farmasi koordinasi dengan unit pelayanan mengisi blangko yang disediakan oleh DKK.</p> <p>Blangko tersebut dikembalikan diserahkan ke DKK sebagai usulan kebutuhan obat dalam 1 tahun</p>
Cara mengevaluasi kebutuhan obat di Puskesmas	<p>Setiap bulan dengan melihat jumlah pemakaian obat sebelumnya. Belum mengetahui.</p>	<p>Stok obat yang ada.</p> <p>Pemberian resep kaitannya dengan rasionalisasi pemberian obat. Belum pernah mengetahui hasil evaluasi kebutuhan obat tahun 2006. rata-rata teman Puskesmas tidak paham tentang evaluasi obat, penulisan resep.</p>	<p>Kepala Puskesmas dan Pelaksana Farmasi harus bertanggung jawab dengan melihat kenyataan rekam medis yang terjadi dikaitkan dengan standar pengobatan dasar untuk mengetahui benar dan tidaknya pelaksanaan pengobatan tersebut, rasional atau tidaknya pengobatan di Puskesmas, perlunya bimbingan lewat lokakarya bulanan atau lokakarya mini (lokbul / lokmin) dalam rangka rasionalisasi penggunaan obat</p>	<p>Melihat pemakaian obat sebelumnya. Kurang memahami cara mengevaluasi kebutuhan obat</p>

Berdasarkan tabel 4.5 mengenai cara merencanakan kebutuhan obat publik Puskesmas, jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa, untuk menentukan jenis obat yang dibutuhkan, pelaksana farmasi mengadakan koordinasi dengan semua unit yang membutuhkan obat di Puskesmas. Jenis obat tersebut tidak lepas dari daftar yang diberikan oleh DKK. Disamping itu cara yang dilakukan dalam merencanakan kebutuhan obat antara lain

1. Untuk menentukan jumlah obat yang direncanakan, pelaksana farmasi menghitung berdasarkan pemakaian obat tahun lalu + kebutuhan dalam 1 bulan dengan kata lain pemakaian rata-rata per bulan $\times 13$ (1 bulan sebagai cadangan) dan disesuskan dengan dana yang tersedia.
2. Khusus untuk kebutuhan obat pada unit gizi (Vit A dan tablet Fe), perencanaan jenis dan jumlah ditentukan oleh unit gizi. Jadi perencanaan kebutuhan obat tidak dilaksanakan oleh pelaksana farmasi Puskesmas. Namun pelaksana farmasi hanya membantu dalam pengelolaan di Puskesmas.
3. Data jumlah penduduk yang diperoleh dari Kecamatan ternyata tidak diolah, tetapi hanya diketahui

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai cara merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa mengacu pada pemakaian obat tahun yang lalu, pelaksanaan perencanaan kebutuhan diserahkan ke Pelaksana Farmasi dan DKK menentukan besar alokasi dana.

Berdasarkan tabel 4.5 mengenai cara menghitung jumlah kebutuhan setiap item obat publik Puskesmas, jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa, pada prinsipnya apabila menghitung jumlah kebutuhan setiap item obat yang dibutuhkan untuk

pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah dengan cara pemakaian obat rata-rata per bulan X 13 dan pemakaian obat rata-rata per bulan X 12. Kecuali apabila mengalami kekurangan dari yang direncanakan, maka mengajukan lagi ke DKK, misal terjadi kehilangan obat akibat kecurian, adanya Kejadian Luar Biasa (KLB).

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai cara menghitung jumlah kebutuhan setiap item obat di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa jumlah item obat yang dibutuhkan dihitung berdasarkan pemakaian obat sebelumnya dan perkiraan jumlah pasien yang ada serta berdasarkan metode konsumsi dan kasus penyakit.

Berdasarkan tabel 4.5 mengenai sistim perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas yang selama ini berjalan, jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa :

1. Sistim perencanaan kebutuhan obat belum tepat karena dalam menentukan jenis item obat yang dibutuhkan oleh Puskesmas ditentukan oleh DKK padahal jenis obat tersebut belum tentu sesuai dengan kebutuhan riil di Puskesmas terutama bagi Puskesmas DTP.
2. Sistim perencanaan kebutuhan obat publik Puskesmas mendekalti kenyataan, tetapi masih belum tepat karena dibatasi oleh alokasi dana, penentuan jenis obat ditentukan oleh DKK, apabila membuat usulan jenis obat baru tidak pernah dipenuhi.
3. Masih terdapat adanya obat di Puskesmas yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Puskesmas tidak membutuhkan, tetapi harus menerima jenis obat yang diberi oleh DKK sehingga obat tersebut ada di gudang obat dan tidak dimanfaatkan secara efektif. Obat tersebut adalah obat yang diperuntukan untuk keluarga miskin (gakin) yang sering dikenal dengan istilah obat JPS yang tidak direncanakan oleh Puskesmas. Hal

ini menunjukkan adanya perencanaan kebutuhan obat yang tidak tepat, padahal di sisi lain Puskesmas membutuhkan jenis obat tertentu yang belum terpenuhi.

4. Sistem perencanaan kebutuhan obat semacam ini menunjukkan bentuk perencanaan yang sifatnya tidak efektif dan tidak efisien dengan kata lain perencanaan kebutuhan obat tidak tepat.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai sistem perencanaan kebutuhan obat yang berjalan selama ini, jawaban informan menunjukkan bahwa tidak sesuai dengan yang semestinya karena perencanaan yang ada tidak sesuai dengan kebutuhan riil Puskesmas. Di sini berarti Puskesmas dituntut harus bisa merencanakan kebutuhan obat yang riil dan DKK semaksimal mungkin dapat memenuhi kebutuhan obat Puskesmas.

Berdasarkan tabel 4.5 mengenai langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa Puskesmas belum menguasai pemahaman tentang prosedur atau langkah-langkah perencanaan kebutuhan obat yang dimulai dari pemilihan jenis obat sampai dengan evaluasi. Namun Puskesmas telah sedikit mengetahui secara garis besar tentang proses perencanaan kebutuhan obat yang diinginkan.

Hasil triangulasi mengenai langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, jawaban informan juga seperti halnya hasil wawancara dengan informan utama. Hal ini menunjukkan bahwa proses atau prosedur perencanaan kebutuhan belum dipahami oleh para pengelola dan pengguna obat.

Berdasarkan tabel 4.5 mengenai cara mengevaluasi kebutuhan obat publik Puskesmas, jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa :

1. Pada umumnya Informan dalam mengevaluasi kebutuhan obat di Puskesmas melihat dari aspek kuantitas, yakni jumlah pemakaian obat rata-rata per bulan dan jumlah pemakaian dalam 1 tahun, obat yang dibutuhkan terpenuhi atau tidak.
2. Puskesmas tidak pernah melakukan analisis ABC atau VEN. Padahal salah satu cara untuk mengevaluasi perencanaan kebutuhan obat diantaranya dengan cara analisa ABC untuk mengevaluasi dari aspek ekonomi dan analisa VEN untuk mengevaluasi dari aspek dari aspek medik / terapi.³²

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai cara mengevaluasi kebutuhan obat di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa Kepala Puskesmas belum mengetahui cara mengevaluasi kebutuhan obat.

G. Beberapa Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Perencanaan Kebutuhan Obat Publik

Hasil wawancara mendalam dengan informan utama dan triangulasi mengenai beberapa faktor yang berpengaruh terhadap perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6.

Jawaban Informan Tentang Beberapa Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Sampai Dengan Tahun 2007

1, Hasil wawancara mendalam

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Ketentuan yang digariskan oleh DKK	Jenis item obat ditentukan oleh DKK Jumlah yang akan direncanakan ditentukan oleh DKK	Dibatasi besar anggaran oleh DKK	Jenis sudah ditentukan oleh DKK, Puskesmas tinggal menentukan jumlahnya Tidak bisa merencanakan jenis obat di luar ketentuan DKK	Jenis item obat harus sesuai dengan daftar dari DKK, tidak boleh lepas dari daftar tersebut. Boleh mengusulkan jenis obat di luar daftar dari DKK, tetapi tdk pernah terealisasi	Alokasi dana dan jenis item obat	Sesuai dengan daftar yang ada dari DKK	Pemilihan jenis item obat dan alokasi dana dibatasi oleh DKK
Pemahaman informan tentang kerationalan obat	Pemberian obat tidak ada duplikasi obat Sesuai dengan standar pengobatan di Puskesmas, tetapi tidak berjalan	Disesuaikan dengan kondisi pasien Jumlah obat sesuai dengan tingkat parahnya penyakit pada pasien	Pemakaian obat optimal bisa sembuh, tepat diagnosa, Penyerahan obat kepada pasien tepat dengan penjelasan cara pemakaian	Pemakaian obat sesuai dengan standar pengobatan Puskesmas	Pemberian obat antibiotik harus 5 hari dan tidak ada duplikasi obat Pemberian obat analgetik 2 - 3 hari	Pemberian obat sesuai dengan penyakit Pemberian obat secara maksimal	Tidak ada duplikasi obat, tepat diagnosis, tepat waktu pemberian.

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Pemahaman informan tentang kerationalan obat	Pelaksana Farmasi memberi obat sesuai dengan resep yang diterima walaupun mengetahui bahwa pengobatan kurang rasional				Pemberian obat salep, bila sudah sembuh obat distop		
Pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas	Bila berdasarkan standar pengobatan, belum rasional dengan alasan : Masih banyak terjadi duplikasi obat	Cukup rasional, alasannya : dilihat dari diagnosa dan resep disebutkan untuk sekian hari	Belum rasional, alasannya : Pemeriksaan pasien tidak semua oleh Dokter. Penulis resep yang bukan dari dokter	Sudah rasional, alasannya : obat antibiotik untuk 5 hr, obat analgetik untuk 3 hr. Penulisan resep sudah memenuhi standar	Belum rasional, alasannya : masih terdapat obat antibiotik yang duplikasi	Belum rasional, alasannya : pemberian obat banyak yang melebihi standar, Masih ada duplikasi obat	Pengobatan rasional di Puskesmas sebagian besar belum rasional
Cara mengetahui pelaksanaan pengobatan yang rasional	Melihat buku Standar Pengobatan Puskesmas (buku merah) Standar pengobatan di Puskesmas tidak klop dengan penulis resep	Dari pemakaian obat antibiotik, rasionalnya adalah 5 hari	Mengambil sampel setiap hari terhadap kasus ISPA Non Pneumoni, Diare Non Spesifik dan Mialgia. Persentase (%) Obat yang dikeluarkan.	Berdasarkan rata-rata pemakaian 3 jenis obat (paracetamol, ctm, gg) per pasien. Diare sudah memakai oralit berarti rasional	Membaca dari buku. Tidak tahu standarnya	Harus ada informasi Pengobatan sesuai dengan jenis penyakit pasien Tidak terdapat duplikasi obat	Tidak ada duplikasi obat. Resep pada kasus ISPA non pneumoni, Diare, Mialgia. Kurang paham

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Cara mengetahui pelaksanaan pengobatan yang rasional			Tidak mengetahui % standar kerasionalan. DKK yang menentukan rasional dan tidaknya	Tidak menyimpang dari standar Dalam 1 resep tidak menggunakan obat antibiotik secara double			
Cara mengetahui kesesuaian antara jumlah kunjungan pasien dengan jumlah pemakaian obat	Pengeluaran di Gudang Obat, harian resep, buku harian obat di resep, tetapi sulit. Sering terjadi adanya ketidaksesuaian karena banyak pengeluaran obat yang tidak tercatat, misalnya obat untuk kegiatan Posyandu dan Puskesmas. Pengambilan obat pada saat pelaksana farmasi tidak di tempat.	Melihat buku harian tentang jumlah obat yang dikeluarkan setiap harinya Dari resep kunjungan	Pemakaian obat (1 bulan) : jumlah pasien bila > 40 berarti boros. Yang paling bagus bila ketemu angka 36	Jumlah obat yang keluar : jumlah kunjungan bila > 27 berarti boros	Jumlah obat yang terpakai : jumlah kunjungan = pemakaian rata-rata (obat dalam bentuk tablet)	Jumlah pemakaian obat : jumlah pasien yang datang bila > 27 tablet berarti tidak rasional	Jumlah obat : jumlah kunjungan pasien = 27 Standar angka yang baik adalah 36

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Cara mengetahui kesesuaian antara jumlah kunjungan pasien dengan jumlah pemakaian obat	Pelaksana farmasi terlalu banyak banyak memiliki tugas rangkap						
Kesulitan yang sering dirasakan dalam merencanakan kebutuhan obat	Dalam menentukan Jenis obat, karena sudah ditentukan oleh DKK Bila pemilihan bebas, bisa dimusyawarahkan	Biasa-biasa saja. Tidak ada kesulitan	Bila Dokter minta jenis obat tertentu, sementara dalam daftar dari DKK tidak ada	Tidak pernah kesulitan, karena direncanakan bersama	Data jumlah penduduk yang kurang valid Setiap unit di Puskesmas tidak memberikan data yang benar	Merencanakan kebutuhan obat sesuai dengan pola perkembangan penyakit. Kasus penyakit tahun berikutnya belum tentu sama dengan tahun sebelumnya	Menentukan jenis obat yang tidak ada dalam daftar dari DKK. Merencanakan kebutuhan sesuai dengan kasus penyakit
Masalah yang selalu dihadapi dalam merencanakan kebutuhan obat	Ketentuan yang digariskan oleh DKK tidak sesuai dengan yang diharapkan Puskesmas	Tidak ada masalah, karena sudah diberi itemnya dari DKK, bila tidak ada dalam daftar tinggal menuliskan saja	Permintaan obat antibiotik yang berlebihan Obat gigi terlalu mahal dan waktu kedaluwarsa pendek	Khawatir melebihi alokasi dana yang tersedia Standar harga obat yang mahal	Pemberian obat dari DKK tidak sesuai dengan rencana yang diusulkan Kebutuhan obat terpenuhi karena	Terfokus pada daftar dari DKK Kerbatasan waktu dalam merencanakan obat (misal perencanaan agar selesai	Ketentuan dari DKK tidak selamanya sesuai dengan kebutuhan Puskesmas, Keterbatasan alokasi dana

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Masalah yang selalu dihadapi dalam merencanakan kebutuhan obat					kebetulan ada bantuan dari JPS	pada tgl 12, padahal suratnya diterima tgl 9)	

2. Hasil triangulasi :

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Ketentuan yang digariskan oleh DKK	Belum tahu karena baru 2 bulan	Tidak tahu, kecuali bisa menanyakan ke petugas pengelola obatnya	Rasionalisasi obat diberikan kepada pengguna obat Penekanan perencanaan obat berawal dari metode konsumsi dan kasus penyakit Pedoman harga obat yang ditetapkan oleh Menkes RI DOEN Buku pengobatan dasar Tingkat kompetensi dalam rasionalisasi obat	
Pemahaman informan tentang kerationalan obat	Pemakaian obat sesuai dengan indikasi penyakit, dosisnya tepat	Pemberian obat sesuai dengan kasus Jenis dan jumlah obat sesuai dengan kasus penyakit (tidak boleh melebihi dan tidak kurang)	Pada dasarnya Puskesmas terutama pengguna obat harus sudah memahami karena penanganan kasus penyakit bukan merupakan hal yang baru	

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Pemahaman informan tentang kerasionalan obat			Pada kenyataannya tergantung dari pengguna obat. Pelaksana Farmasi sifatnya sebagai pendukung Bila dikaitkan dengan LPLPO akan terlihat adanya penyimpangan-penyimpangan, DKK sebagai penngendali.	
Cara mengetahui pelaksanaan pengobatan yang rasional	Catatan kartu status : anamnese, keluhan pasien, diagnosa, terapi.	Membaca buku atau konsultasi dengan ahlinya. Kadang-kadang ada permintaan pasien	Lewat lokbul dan lokmin dengan melihat rekam medik yang ada di Puskesmas, Dokter harus bisa memandu dengan ilmunya tentang cara pengobatan yang rasional terkait erat dengan pengobatan dasar Lewat penataran, mendatangkan pembicara dengan menyajikan kasuistik pengobatan yang tidak rasional. Di sini akan ketemu para pengguna obat yang tidak rasional.	
Cara mengetahui kesesuaian antara jumlah kunjungan pasien dengan jumlah pemakaian obat	Retribusi, catatan pasien dengan petugas farmasi	Perkiraan setiap pasien diberi 3 jenis obat X 10 = 30. Asumsi per pasien = 3 jenis obat X 10 butir = 30 butir Laporan obat ke Posyandu yang tidak dilaporkan sehingga banyak yang tidak tercatat	Dari rekam medik, sisa stok, LPLPO. Kebocoran obat dapat diketahui bila mengitungnya benar dan jujur	

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban T1
	T1	T2	T3	
Kesulitan yang sering dirasakan dalam merencanakan kebutuhan obat	Belum mengetahui dasar perhitungan cara merencanakan kebutuhan obat karena tidak memiliki panduan perencanaan obat	Apatis, cape minta, tetapi tidak pernah diberi obat sesuai dengan kebutuhan	Kesulitan klasik : kurang kepercayaan terhadap pengelola obat di Puskesmas yang nota bene profesional mengelola obat di Puskesmas. Ada kecenderungan Puskesmas tidak mengumpulkan semua pengguna obat, sehingga Puskesmas Induk tidak bisa menyadap kebutuhan riil dari pengguna obat di luar Puskesmas Induk, seperti Pustu, Bidan Desa (Bides)	
Masalah yang selalu dihadapi dalam merencanakan kebutuhan obat	Belum menemukan masalah, belum mengetahui hitung-hitungan	Petugas pengelola obat bingung dengan adanya obat JPS yang didrop tidak sesuai dengan permintaan / kebutuhan Puskesmas Keterbatasan SDM dalam mengelola obat	Kurangnya transfer ilmu terhadap bawahan di luar profesi pengguna obat Seharusnya hubungan antar manusia dilepas dulu, hilangkan sifat egois	

Berdasarkan tabel 4.6 mengenai ketentuan yang digariskan oleh DKK dalam rangka merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, jawaban informan hasil wawancara mendalam dengan informan utama menunjukkan bahwa :

1. Dalam menentukan jenis obat yang dibutuhkan telah ditentukan oleh DKK, Puskesmas tinggal memilih jenis obat dibutuhkan, namun tetap harus sesuai dengan daftar yang diberikan oleh DKK. Apabila Puskesmas menghendaki jenis obat tertentu yang kebetulan belum ada pada daftar dari DKK, bisa mengusulkan tetapi tidak pernah terealisasi.
2. Dalam menentukan jumlah obat yang dibutuhkan disesuaikan dengan alokasi dana yang tersedia. Di sini nampak bahwa perencanaan jumlah obat berdasarkan alokasi dana yang tersedia bukan sebaliknya persediaan dana berdasarkan rencana kebutuhan obat.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai beberapa ketentuan yang digariskan oleh DKK untuk merencanakan kebutuhan obat, jawaban informan menunjukkan bahwa Kepala Puskesmas belum mengetahui beberapa ketentuan tersebut. Keadaan semacam ini akan mempengaruhi proses dan hasil perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas karena Kepala Puskesmas kurang bisa memantau dan mengontrol perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas sesuai atau tidak dengan ketentuan yang digariskan oleh DKK.

Berdasarkan tabel 4.6 mengenai pemahaman terhadap kerasionalan obat, jawaban informan hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa informan dalam memberikan penjelasan tentang kerasionalan tidak lengkap. Pada dasarnya informan telah mengetahui sebagian dari kriteria tentang standar kerasionalan obat. Dengan demikian

faktor kerasionalan obat belum dipahami secara mantap oleh para informan. Padahal kerasionalan obat merupakan faktor yang besar pengaruhnya terhadap efisiensi dan efektivitas penggunaan obat. Pemahaman tentang kerasionalan obat dapat mempengaruhi proses perencanaan kebutuhan obat.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai pemahaman kerasionalan pengobatan, jawaban informan menunjukkan bahwa Kepala Puskesmas belum mengetahui kriteria standarisasi pengobatan yang rasional secara lengkap. Dengan demikian Kepala Puskesmas tidak akan bisa memberikan pengarahan kepada penulis resep dan mengontrol terhadap pelaksanaan rasionalisasi pengobatan di Puskesmas. Faktor ini akan besar pengaruhnya terhadap efisiensi dan efektivitas penggunaan obat di Puskesmas yang nantinya akan mempunyai efek terhadap perencanaan kebutuhan obat.

Berdasarkan tabel 4.6 mengenai pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas, jawaban informan hasil wawancara mendalam dengan informan utama menunjukkan bahwa pelaksanaan pengobatan di Puskesmas masih banyak yang tidak rasional. Pengobatan yang tidak rasional akan berpengaruh terhadap efisiensi penggunaan obat dan efektivitas pengobatan terhadap pasien. Pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas merupakan tanggung jawab bersama antara penulis resep dan pelaksana farmasi. Justru kunci utamanya pelaksanaan pengobatan rasional ada pada pengguna obat (penulis resep). Penulisan resep di Puskesmas bukan hanya dilakukan oleh Dokter saja. Dengan demikian para penulis resep harus memahami dan mau melaksanakan pengobatan yang rasional demi terwujudnya efektivitas dan efisiensi pemakaian obat.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa masih adanya keraguan untuk menyatakan rasional dan tidaknya pelaksanaan pengobatan di Puskesmas. Namun ada juga informan dengan tegas mengatakan ada bahwa pelaksanaan pengobatan di Puskesmas ada yang rasional dan ada yang tidak rasional. Penulis resep di Puskesmas bukan hanya dilakukan oleh Dokter. Faktor ini berpengaruh terhadap efisiensi dan efektivitas pengobatan.

Berdasarkan tabel 4.6 mengenai cara untuk mengetahui pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas, jawaban informan utama hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa :

1. Informan kurang memahami cara mengetahui pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas karena memang indikator standar ketepatan pelaksanaan pengobatan rasional belum semua dipahami oleh informan.
2. Pada umumnya informan dengan melihat resep yang diterima sudah dapat mengetahui tentang pelaksanaan pengobatan yang rasional atau irasional. Misalnya dengan melihat salah satu indikator standar kerasionalan obat seperti ada dan tidaknya duplikasi penggunaan obat atau jumlah obat yang diberikan dan waktu proses pengobatan bagi pasien.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai cara mengetahui pelaksanaan pengobatan yang rasional di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa pada dasarnya informan kurang memahami cara untuk mengetahui pelaksanaan pengobatan yang rasional di Puskesmas, karena memang kriteria standarisasi tentang kerasionalan obat belum sepenuhnya dipahami. Pada prinsipnya dengan melihat salah satu

indikator yang sangat tajam misalnya adanya duplikasi obat yang fungsinya sama sudah bisa mengetahui tentang pelaksanaan pengobatan yang rasional atau irasional di Puskesmas.

Berdasarkan tabel 4.6 mengenai cara untuk mengetahui kesesuaian antara jumlah kunjungan pasien dengan jumlah pemakaian obat, jawaban informan utama menunjukkan bahwa :

1. Informan belum semuanya memahami standar kesesuaian antara jumlah pemakaian obat dibanding dengan banyaknya pemakaian obat.
2. Pemahaman informan terhadap kesesuaian antara jumlah pemakaian obat dengan jumlah pasien datang ke Puskesmas belum menunjukkan keseragaman pengertian. Seharusnya pemahaman informan terhadap pengertian tersebut adalah sama, terutama pada angka standar (ideal) pemakaian obat. Hal demikian nantinya akan menunjukkan banyaknya variasi dalam mengevaluasi ketepatan pemakaian obat di Puskesmas.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai cara untuk mengetahui kesesuaian antara jumlah kunjungan pasien dengan jumlah pemakaian obat, jawaban informan menunjukkan bahwa belum memahami standarnya. Dengan demikian Kepala Puskesmas tidak bisa mengevaluasi jumlah pemakaian obat di Puskesmas.

Berdasarkan tabel 4.6 mengenai kesulitan yang sering dirasakan dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, jawaban informan utama menunjukkan bahwa :

1. Informan mengalami kesulitan dalam menentukan jenis obat yang dibutuhkan, tetapi obat tersebut tidak terdapat dalam daftar obat dari DKK
2. Informan mengalami kesulitan untuk memperoleh data pendukung yang akurat. Data ini merupakan faktor yang sangat mendasar untuk

merencanakan kebutuhan obat. Merencanakan kebutuhan obat berdasarkan data yang tidak akurat akan menyebabkan perencanaan kebutuhan obat tidak tepat.

3. Informan kesulitan merencanakan kebutuhan obat sesuai dengan pola perkembangan penyakit. Karena perkembangan kasus penyakit tidak selamanya sama. Apabila perencanaan kebutuhan obat tidak sesuai dengan pola perkembangan penyakit yang ada, pengadaan obat tidak akan tepat. Di sini Puskesmas dituntut harus bisa memprediksi perkembangan kasus penyakit di wilayah kerjanya (trend perkembangan penyakit).

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai kesulitan yang sering dirasakan dalam merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa tidak mengetahui dasar perhitungannya dan ada yang cenderung bersikap apatis karena tidak mendapatkan obat sesuai dengan yang diharapkan. Dua jawaban ini menunjukkan kurang mengetahui atau tidak pernah merasakan adanya kesulitan dalam merencanakan kebutuhan obat.

Berdasarkan tabel 4.6 mengenai masalah yang selalu dihadapi dalam merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas, jawaban informan utama menunjukkan bahwa :

1. Ketentuan-ketentuan yang digariskan oleh DKK tidak selamanya sesuai dengan situasi dan kondisi yang dihadapi Puskesmas.
2. Adanya permintaan obat antibiotik yang berlebihan karena dapat mempengaruhi kebutuhan jenis obat lain.
3. Adanya jenis obat tertentu yang terlalu mahal, padahal alokasi dana terbatas tetapi sangat dibutuhkan seperti obat gigi. Hal ini khawatir melebihi dana yang tersedia.

4. Adanya kebutuhan obat tertentu yang kebutulan memiliki batas kedaluwarsa pendek.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai masalah yang selalu dihadapi dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, jawaban informan belum memahami cara menghitung kebutuhan obat, petugas pengelola obat bingung apalagi dengan adanya dropping obat ke Puskesmas yang tidak sesuai dengan permintaan / kebutuhan Puskesmas terutama bagi Puskesmas DTP yang kebutulan pengelola obatnya bukan dari profesi SAA / SMF, kurangnya transfer ilmu antara pengguna obat dengan pelaksana farmasi. Jawaban informan sangat simpel, masalah lebih banyak dihadapi oleh Pelaksana Farmasi.

H. Rekomendasi

Hasil wawancara mendalam dengan informan utama dan triangulasi mengenai pandangan terhadap kualitas obat yang tersedia dan beberapa masukan untuk memperbaiki perencanaan kebutuhan obat dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk membuat suatu rekomendasi. Beberapa pandangan dan masukan tersebut dapat ditunjukkan pada tabel 4.7.

Tabel 4.7

Pendapat dan Masukan Untuk Perbaikan Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
Sampai Dengan Tahun 2007

1. Hasil wawancara mendalam :

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Pandangan informan terhadap kualitas obat yang tersedia	Obat generik bagus, tetapi pemilihan produk kurang (misal obat yang diharapkan berasal dari Kimia Farma atau Indo Farma, tetapi yang diterima berasal dari yang lain seperti, marine, paphros)	Cukup baik, yang penting bisa menyembuhkan penyakit	Kualitas baik, tetapi karena berasal dari berbagai Pabrik maka cirikhas obatnya tidak sama, sebaiknya cirikhas obat tetap, misal paracetamol ada yang bundar dan lonjong. Ada jenis obat sama tetapi warna berbeda. CPOB atau belum kami tidak tahu	Baik, tidak pernah ada komplemen	Ada yang bagus ada yang tidak. Yang kurang bagus misalnya : antasid yang diterima seperti ada jamur, bintik-bintik. Vit.C yang diterima mendekati waktu kedaluwarsa	Cukup baik, kadang-kadang terdapat obat dengan batas kedaluwarsa sangat dekat Terdapat obat yang tidak dibutuhkan tetapi diberi oleh DKK	

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan						Kesimpulan Jawaban
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
Masukan untuk memperbaiki perencanaan kebutuhan obat	Perencanaan obat diserahkan ke Puskesmas, lalu dikaji oleh DKK. Tidak ada pembatasan item obat untuk Puskesmas. Perencanaan Kebutuhan Obat sebaiknya tidak dikaitkan dengan retribusi Obat yang disediakan agar berasal dari pabrik yang sudah terkenal (misal Kimia Farma dan Indo Farma) Pengawasan Obat lebih Intensif agar terkontrol dengan baik	Bila ada sumber anggaran selain DAU, sebaiknya untuk pengadaan jenis obat yang tidak masuk dalam DAU. Obat yang tersedia seharusnya yang memiliki batas kedaluwarsa yang cukup lama	Bila mau merencanakan keebutuhan obat, sebaiknya Pengelola obat Puskesmas dan DKK membahas bersama supaya terjadi dialog antara Puskesmas dengan DKK. Puskesmas bukan hanya diberi blangko supaya mengisi. Sebaiknya cirikhas obat tetap agar pengelola obat dan pasien tidak bingung,	Sebaiknya banyak obat yang berlogo, dikemas supaya pasien lebih yakin berobat ke Puskesmas	Petugas yang membutuhkan obat harus memberikan data yang benar Pemakaian obat yang rasional Data yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat benar-benar valid	Bila mau merencanakan kebutuhan obat, harusnya DKK dan Puskesmas ada rapat khusus untuk membahas perencanaan kebutuhan obat. Ada pertemuan rutin pengelola obat Puskesmas di DKK	

2. Hasil triangulasi :

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Pandangan informan terhadap kualitas obat yang tersedia	Obat sesuai dengan kebutuhan. Hanya pernah mengalami obat di Puskesmas sampai batas kedaluwarsa (<i>expired</i>).	Kualitas kurang, tidak ada kemajuan, seharusnya ada obat pilihan lain untuk dokter (pengguna obat). Kemasan atau penampilan obat perlu dibenahi Belum ada obat untuk Puskesmas DTP	Pada dasarnya Puskesmas menginginkan obat-obatan berasal dari PBF yang terkenal seperti Kimia Farma, Indo Farma, Phapros. Pengadaan obat di DKK tergantung PBF pemenang lelang. Siapa pun tidak masalah dengan catatan kualitas obat sesuai dengan CPOB. Mestinya Dokter harus bisa memberikan pengarahannya sugesti terhadap pengguna obat di luar Puskesmas Induk. DKK harus bisa meyakinkan bahwa obat publik di DKK sudah melalui GMP (<i>Good Manufacture Practice</i>) atau CPOB dan bukan obat yang tidak berkualitas karena obat harus mempunyai <i>Certificate Analysis</i> .	
Masukan untuk memperbaiki perencanaan kebutuhan obat		Pada DKK agar membina ke lokasi Puskesmas secara intensif	Karena keterbatasan dana, sehingga beberapa obat tertentu dikurangi (yang terjadi selama ini)	

Pertanyaan Tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan Jawaban
	T1	T2	T3	
Masukan untuk memperbaiki perencanaan kebutuhan obat		Bila memberi obat jangan yang memiliki batas expired terlalu pendek Puskesmas agar disediakan almari es untuk penyimpanan obat dalam suhu dingin	Tolong diperhatikan betul demi pengobatan yang rasional, alokasi dana khusus untuk obat jangan sampai dikurangi agar sesuai dengan kebutuhan riil. Karena akan memberikan dampak kesehatan terhadap masyarakat. Padahal kesehatan merupakan investasi yang tidak ternilai harganya dan dapat meningkatkan produktivitas manusia.	

Berdasarkan tabel 4.7 mengenai pandangan terhadap kualitas obat yang tersedia di Puskesmas, jawaban informan utama menunjukkan bahwa :

1. Sebagian besar informan mengatakan kualitas obat masih bagus, tidak pernah ada keluhan dari masyarakat dan bisa menyembuhkan penyakit pasien. Namun ada juga yang kurang bagus yakni obat yang memiliki batas kedaluwarsa terlalu pendek dari waktu penerimaan.
2. Informan mengatakan terdapat obat yang tidak dibutuhkan tetapi diberi oleh DKK dan Puskesmas harus menerima obat tersebut.
3. Informan mengatakan pemilihan produk obat kurang bagus, karena jenis obat yang diharapkan berasal dari produk Pabrik Besar Farmasi (PBF) yang dianggap terkenal seperti Kimia Farma dan Indo Farma, tetapi yang diterima berasal dari PBF Marine, Paphros. Hal ini menunjukkan bahwa informan masih fanatik terhadap produk obat yang berasal dari PBF tertentu. Informan tidak melihat bahwa obat yang tersedia telah memenuhi syarat kualitas CPOB.
4. Dengan adanya jenis obat yang berasal dari PBF yang bermacam-macam, menyebabkan terjadinya jenis obat sama akan tetapi ciri khas obat berbeda. Misal biasanya parasetamol dalam bentuk lingkaran dan bertuliskan parasetamol, namun ada parasetamol yang berbentuk lonjong seperti kapsul. Disamping itu ada juga lagi jenis obat yang sama tetapi warna berbeda. Alangkah baiknya apabila jenis obat memiliki ciri khas yang sama dan tetap untuk memudahkan pengelola obat dan masyarakat dalam melihat ciri khas obat.

Berdasarkan hasil triangulasi mengenai pandangan terhadap kualitas obat yang tersedia di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan kualitas obat cukup baik. Informan yang beranggapan bahwa kualitas obat

yang tersedia kurang dan tidak ada kemajuan adalah dari Puskesmas DTP. Sebab Puskesmas DTP akan membutuhkan obat yang sedikit berbeda dibanding Puskesmas non DTP dan sering mengalami membutuhkan jenis obat tertentu tetapi tidak tersedia di Puskesmas dan DKK. Keadaan semacam ini dapat menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Hal ini tentu saja bukan berarti semua obat yang tersedia adalah dengan kualitas kurang, tetapi ada beberapa jenis obat yang dipandang kurang berkualitas. Apabila informan memandang kualitas dari aspek kemasan atau penampilan obat, berarti informan tidak memahami obat dari aspek CPOB. Padahal pemberian kemasan terhadap obat akan meningkatkan harga obat. Kecuali memang obat yang harus dikemas. Sebab tidak semua jenis obat harus dikemas, yang lebih utama adalah keamanan obat. Dengan demikian kualitas obat yang tersedia di Puskesmas menurut pandangan informan ada yang baik ada juga yang kurang.

Berdasarkan tabel 4.7 mengenai beberapa (masukan) atau harapan dari Puskesmas, jawaban informan utama menunjukkan adanya keinginan atau harapan untuk perbaikan perencanaan kebutuhan obat Puskesmas. Beberapa saran atau usulan sebagai bahan masukan tersebut antara lain :

1. Dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, sebaiknya ada konfirmasi antara Puskesmas dengan DKK. Puskesmas dan DKK dalam suatu pertemuan khusus membahas bersama tentang perencanaan kebutuhan obat. Selanjutnya perencanaan kebutuhan obat dikaji lagi oleh DKK. Jadi bukan hanya Puskesmas diberi blangko usulan perencanaan kebutuhan obat yang berisi daftar item obat lalu supaya mengisi dan diserahkan kembali ke DKK.

2. Dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, sebaiknya tidak dibatasi oleh daftar item obat yang ditentukan oleh DKK
3. Perencanaan kebutuhan obat Puskesmas sebaiknya tidak dikaitkan dengan retribusi
4. Obat yang disediakan oleh DKK untuk Puskesmas sebaiknya yang berasal dari PBF yang sudah terkenal (Kimia Farma, Indo Farma)
5. Bila ada dana untuk obat selain DAU, sebaiknya diperuntukan untuk obat yang belum masuk pada anggaran DAU.
6. Ciri khas atau identitas jenis obat sebaiknya senantiasa tetap baik bentuk maupun warnanya agar memudahkan pengelola obat dan pasien dalam memahami jenis obat tersebut.
7. Obat yang tersedia sebaiknya berlogo dan dikemas agar tampak menarik sehingga pasien akan merasa lebih yakin dan mantap bila berobat ke Puskesmas.
8. Setiap petugas Puskesmas yang membutuhkan obat harus memberikan data yang benar. Sehingga data yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat benar-benar valid dan akurat.
9. Penulis resep seharusnya melaksanakan petunjuk standar pengobatan rasional di Puskesmas .
10. DKK sebaiknya mengadakan pertemuan secara rutin bagi pengelola obat Puskesmas dan selalu memberikan bimbingan terutama bagi petugas pengelola obat yang baru bertugas.
11. Pengawasan DKK terhadap Puskesmas harus lebih intensif agar pemakaian obat dapat lebih terkontrol.

Berdasarkan hasil triangulasi beberapa masukan (*input*) yang diajukan untuk memperbaiki proses perencanaan kebutuhan obat, jawaban informan menunjukkan bahwa :

1. Puskesmas sangat membutuhkan bimbingan dari DKK secara intensif agar lebih memahami tentang hal-hal yang berkaitan obat. Untuk itu DKK dituntut harus bisa memenuhi harapan dimaksud.
2. Puskesmas mengharapkan perencanaan dan evaluasi kebutuhan obat dibahas bersama antara DKK dengan Puskesmas dengan mengikutsertakan Kepala Puskesmas yang dilaksanakan pada awal tahun.
3. Puskesmas mengharapkan harus memiliki tenaga khusus pengelola obat.

Dengan melihat beberapa saran tersebut yang muncul dari Puskesmas, di sini menunjukkan adanya sistim perencanaan kebutuhan obat yang perlu diperbaiki. Puskesmas merasakan adanya kekurangan apabila merencanakan kebutuhan obat. Puskesmas merasa membutuhkan bimbingan intensif dari DKK dalam pengelolaan obat. Untuk itu DKK dituntut harus bisa memberikan bimbingan dan pengawasan secara intensif terhadap Puskesmas agar dapat merencanakan kebutuhan obat mendekati yang tepat.

I. Hasil *Focus Group Discussion*

Disamping pelaksanaan wawancara mendalam dengan informan utama dan triangulasi, untuk mendapatkan data primer dilakukan FGD. Pelaksanaan FGD diikuti oleh 8 orang yang terdiri dari 6 orang informan utama dan 2 orang pengelola obat DKK Tasikmalaya. FGD dapat sebagai proses klarifikasi apabila terdapat perbedaan informasi yang mencolok (informasi yang bertentangan) dengan informasi hasil wawancara mendalam. Disamping itu dengan FGD diharapkan memperoleh suatu kesepakatan untuk mengatasi masalah yang dihadapi informan kaitannya dengan proses perencanaan kebutuhan obat. Informasi hasil FGD dapat ditunjukkan pada tabel 4.8.

Tabel 4.8.

Jawaban Informan Hasil *Focus Group Discussion*
Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya tahun 2007

1. Data Dasar dan Sumber Data Untuk Perencanaan Kebutuhan Obat :

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Data dasar yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat	Data penyakit, kunjungan pasien tiap bulan, pemakaian obat tahun lalu, daftar item obat dari DKK	Data kasus penyakit per bulan, alokasi dana, kunjungan kasus penyakit terbanyak	Data kasus penyakit, pemakaian obat tahun lalu,	Jenis obat yang tersedia, kasus penyakit tahun lalu	Kunjungan pasien, pemakaian obat tahun lalu, analisa jumlah penduduk	Pemakaian obat tahun lalu, pola penyakit tahun lalu,	Pola konsumsi dan morbiditas, waktu tunggu, stok obat yang ada	Pola konsumsi rata-rata per tahun, data kasus penyakit, stok obat di DKK dan Puskesmas, dana yang tersedia, waktu tunggu, waktu kekosongan obat, % kunjungan berkaitan dengan kenaikan jumlah penduduk, jumlah gakin,
Sumber data dasar untuk perencanaan kebutuhan obat	LPLPO, unit pelayanan, penulis resep obat.	Pemegang program, unit pelayanan, LB-1, 10 besar penyakit	Pemegang program, LPLPO, unit pelayanan,	LPLPO, unit pelayanan, penulis resep	LB-1, LPLPO, unit pelayanan,	Surveillans, LB-1	LPLPO, LB-1, sisa kasus, resep	LPLPO, pemegang program, kasus penyakit (LB-1), Bidang lain, Kantor Statistik,

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Keyakinan terhadap data dasar yang dimiliki	Yakin, tetapi kurang yakin terhadap prediksi penyakit yang akan terjadi.	Yakin saja terhadap data tersebut	Yakin saja terhadap data tersebut	Yakin saja terhadap data tersebut	Yakin saja terhadap data tersebut	Yakin saja terhadap data tersebut	Kurang yakin	Tidak yakin sepenuhnya terhadap data tersebut, maka dilakukan cross ceck terhadap laporan Puskesmas.

2. Pemilihan jenis dan Jumlah Obat Publik :

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Cara menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan Puskesmas	Jenis obat sesuai dengan daftar dari oleh DKK. Pemilihan jenis item obat sesuai dengan permintaan dari	Jenis obat sesuai dengan dengan kunjungan kasus penyakit yang ada, Penyusunan penyakit yang paling banyak	Jenis sesuai dengan daftar dari DKK, memilih jenis sesuai dengan yang dibutuhkan.	Sependapat dengan R3 dan R2. Jenis obat sudah ditentukan oleh DKK,	Jenis sudah ditentukan oleh DKK Jumlah berdasarkan pola penyakit	Sama seperti R5. Jenis sudah ditentukan oleh DKK Jumlah berdasarkan pola penyakit	Harus mengacu pola konsumsi permintaan Puskesmas (konsumsi mana yang paling banyak)	Penentuan jenis sesuai dengan SK Menkes Harus terdaftar dalam DOEN Tidak membedakan antara Pustu, Puskesmas dan Pustu DTP karena semua berbagai

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Cara menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan Puskesmas	dokter pemeriksa. Jumlah obat = (jumlah kunjungan tiap bulan X 13) – stok yang ada	Jumlah obat = (kasus per bulan X 12)	Jumlah obat ditentukan oleh sendiri	jumlah obat berdasarkan kasus penyakit yang banyak.			Jumlah harus memper- timbangkan faktor pengobatan yang rasional bila mengacu pada pola penyakit dan konsumsi	jenis obat sudah ada. Jumlah obat disesuaikan dengan dana, maka perlu skala prioritas
Pengetahu- an informan tentang obat standar yang harus dimiliki Puskesmas	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak menjawab (lagi keluar)	Saya juga tidak tidak tahu persis, tetapi ada indikator obat standar yang ditentukan oleh Pusat yaitu sebanyak 35 item, tetapi 5 item khusus untuk obat TB. Daftar ini belum disosialisasikan ke Puskesmas

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Kesesuaian antara ketersediaan obat dengan tuntutan pelanggan Puskesmas	80 % sesuai dan 20 % tidak dengan yang dibutuhkan, karena pada umumnya masyarakat menginginkan obatnya seperti di tempat dokter praktek swasta.	Sesuai saja yang penting sembuh. Masyarakat tidak tahu tentang obat, mereka menerima saja resep yang diberikan oleh pemeriksa.	Sesuai, pernah ada kasus herpes membutuhkan acyclovir, Sekarang sudah ada	Sesuai dengan penulis resep dan permintaan pasien	Sesuai dengan permintaan penulis resep	Seuai dengan penulis resep walaupun banyak yang minta amoxilin	Dari jenis sudah memenuhi kebutuhan. Tetapi perlu peningkatan kualitas item obat	Obat itu sudah ada 30 indikator. Secara umum sudah sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Secara jujur belum memadai. Masih ada obat tertentu yang belum bisa terpenuhi. Tahun 2007 jenis obat akan lebih lengkap lagi

3. Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Cara merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas	Berdasarkan kebutuhan sesuai dengan resep. Rencana kebutuhan dari semua unit pelayanan direkap disetorkan ke DKK	Melihat obat yang dibutuhkan Puskesmas. Bila ada penyakit baru, kebutuhan ditambah. Jumlah kebutuhan obat dikurangi dengan stok yang ada.	Kebutuhan jenis obat dibahas bersama dengan penulis resep Menentukan jumlah dengan menggunakan pola konsumsi.	Kebutuhan obat menggunakan pola konsumsi. Direkap	Musyawarah dengan penulis resep. Jumlah obat menggunakan pola konsumsi	Musyawarah dengan penulis resep. Jumlah obat menggunakan pola konsumsi	Sama dengan R8	Kompilasi data dari setiap Puskesmas Analisa perhitungan Lihat anggaran yang tersedia Analisa VEN
Cara menghitung jumlah kebutuhan setiap item obat	Pola konsumsi X 13	Jumlah rata-rata per bulan X 12	(Pola konsumsi X 13) – stok	Pengeluaran obat per bulan X 12	(Pola konsumsi X 13) – stok	(Pola konsumsi X 13) – stok	(Rata-rata pemakaian X 12) + (waktu tunggu) – (stok)	(Rata-rata pemakaian per bulan X 12) - (stok) Menghitung kersasionalan dan pola penyakit. Contoh ada 3 pilihan jenis obat untuk ISPA yaitu fenoksimetil penicilina,

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Cara menghitung jumlah kebutuhan setiap item obat								cotrimoksazol, amoxicilin. Saat ini belum berjalan. Mengadopsi pola konsumsi dari Puskesmas, tetap diseleksi disesuaikan dengan pola kunjungan dan pengobatan rasional
Sistim perencanaan kebutuhan obat publik	Baik, karena blanko sudah diberi oleh DKK. Untuk perencanaan Dau sudah enak.	Baik, tidak harus berfikir, karena blanko sudah diberi oleh DKK. Sudah enak	Baik, tidak harus berfikir, karena blanko sudah diberi oleh DKK. Sudah enak. Cuma ada pemberian obat padahal tidak diminta karena tidak dibutuhkan. Tetapi harus diterima karena didrop.	Baik, karena sudah berjalan. Yang kesulitan adalah obat yang tidak dibutuhkan, tetapi tersedia misal untuk gakin Perencanaan obat untuk DAU sudah enak	Untuk DAU bagus Untuk JPS dipaksakan harus diterima	Untuk DAU bagus Untuk JPS dipaksakan harus diterima	Sesuai. Obat JPS di luar perencanaan. Karena didrop dari pusat	Obat JPS yang didroping dari Pusat tidak sesuai dengan kebutuhan adalah obat tahun 2005 Perencanaan obat JPS sudah mengarah ke pola yang lebih baik. Perencanaan obat gakin bantuan dari Propinsi, tidak ada kesulitan

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Sistim perencanaan kebutuhan obat publik								Puskesmas bisa mengajukan kebutuhan obat setiap bulan.
Langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas	Berdasarkan jenis penyakit yang ada di Puskesmas Berdasarkan kasus tiap bulan Jenis obat yang tahun ini diperlukan atau digemari oleh penulis resep	Melihat 10 besar penyakit Jumlah kasus yang datang sesuai dengan resep + penyakit baru Jumlah yang paling banyak pemakaian obatnya Dihitung	Sebenarnya dikerjakan sendiri pun bisa tanpa koordinasi dengan pemeriksa. Secara teori tidak masalah. Dari LB-1 dan LB-4 bisa juga dilihat. Sama seperti R2 . Melihat 10 besar penyakit Jumlah kasus yang datang sesuai dengan resep + penyakit baru	Sama seperti R2. Melihat kasus Bila dikerjakan sendiri lebih mudah, tidak perlu koordinasi dengan poli Berembug tentang yang mau direncanakan	Jumlah kasus. Berembug dengan tenaga yang lain	Jumlah kasus. Keinginan dari pemeriksa. Dihitung	Analisa pareto dengan metode ABC dan seleksi VEN Sesuaikan dengan dana	Penghitungan obat dari Puskesmas sudah betul Diatur sesuai dengan pedoman pengobatan rasional Penyesuaian dana dengan kebutuhan Melihat kasus kenaikan kunjungan, stok pengaman, kasus penyakit, waktu tunggu (<i>lead time</i>), Pergeseran penyakit, kompilasi, sesuaikan dengan dana,

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas			Jumlah yang paling banyak pemakaian obatnya. Dihitung					Sepenuhnya mengacu pada cara pengobatan rasional. Puskesmas belum sepenuhnya menerapkan pola pengobatan rasional
Cara mengevaluasi kebutuhan obat di Puskesmas	Jumlah stok disesuaikan dengan perencanaan Obat yang melewati batas kedaluwarsa (<i>expired</i>) Penulis resep beranggapan rasional, Menurut pengelola obat belum tentu rasional karena masih ada duplikasi obat.	Jenis obat yang tersisa dan yang habis Banyaknya stok di gudang obat	Bila 1 bulan belum dievaluasi, dilihat dari laporan tahunan. Dilihat mana yang sesuai dengan rencana dan yang tidak sesuai dengan rencana	Stok obat. Pemakaian rata-rata per bulan. Penyerapan obat dalam %	Pemakaian obat. Stok obat di gudang	Pemakaian rata-rata harian dan per bulan. Stok obat per bulan	Kekosongan obat bila kebutuhan obat tidak terkaver. Bila ada kekosongan obat berarti obat kita tidak terkaver. Bila obatnya ada berarti terkaver	Perencanaan, kompilasi, pengalokasian dana langsung bisa dievaluasi : Tingkat ketersediaan obat, tingkat kecukupan obat (obat yang lebih dan obat yang kurang), pola rencana bottom up yang salah, Kerasionalan obat (7 ketepatan)

4. Beberapa Faktor Yang Dapat Berpengaruh Terhadap Perencanaan kebutuhan Obat Publik

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Ketentuan yang digariskan oleh DKK	Alokasi dana, item obat, boleh menamb- bah pada kolom yang kosong / teredia	Alokasi dana, jenis item obat, bisa menuliskan jenis obat tambahan karena sekarang sudah ada kebijaksa- naan lain.	Sama dengan Puskesmas lain (R2)	Sama dengan Puskesmas lain (R2)	Sama dengan Puskesmas lain (R2)	Sama dengan Puskesmas lain (R2)	Sesuaikan dengan dana, pola pengobatan rasional	Dibatasi oleh dana dengan perhitungan kasus dan retribusi Item obat berdasarkan SK Menkes RI Metode perhitungan sudah ada pedomannya
Pemahaman informan tentang kerasional-an obat	Sesuai dengan pedoman pengobat-an rasional di Puskesmas. Tapi tidak dijalankan dengan baik, misal : Flu bila tanpa	Sesuai dengan berat tidaknya diagnosa si penulis resep. Bila parah harus rasional, bila tidak parah tidak diperlukan kerasionalan	Harus tepat diagnosis supaya tepat rese (kuncinya ada di pemeriksa / penulis resep.	Tepat diagnosis, tepat dosis	Sesuai dengan penyakit. Tepat diagnosis, tepat dosis	Tepat sesuai dengan penyakit, tidak ada duplikasi obat	Tepat diagnosa, tepat dosis. Pokok 7 t (tepat : diagnosis, indikasi, pasien, dosis, cara pemakaian, informasi, tindak lanjut)	Sama dengan R7 Harus tepat KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) Evaluasi efek samping obat sebagai follow up. ISPA non pnemoni = Fenoximetil Pencilina (fenpi), Kotrimoksasol, Amoxicilin

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Pemahaman informan tentang kerasionalan obat	Tanpa disertai infeksi tidak perlu pakai amoxicilin, tetapi penulis resep tetap memakai amoxicilin. Bila pakai yang lain takut alergi. Jadi pengobatan tidak rasional							ISPA pneumoni = Fenoximetil Pencilina (fenpi), Amoxicilin, Eritromisin
Pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas	95 % belum rasional, sebab hampir pemakaian obat antibiotik menggunakan amoxicilin terus.	Belum karena pemeriksaan pasien di Puskesmas bukan oleh dokter saja, tetapi juga oleh perawat.	Belum karena belum semua petugas telah mengikuti pelatihan pengobatan rasional. Penggunaan obat antibiotik masih tinggi.	Ada yang rasional dan ada yang tidak rasional karena Pemeriksaan pasien oleh dokter dan perawat	Belum karena masih ada duplikasi obat.	Belum karena Dokter bila memberi resep suka banyak, sehingga terdapat duplikasi obat.	Jelas belum karena belum menerapkan 7 indikator (7 T) SDM masih terbatas, belum semua pengelola obat dengan latar belakang pendidikan dari SAA / SMF	Belum karena bila ada 7 indikator tentu ada 7 permasalahan yang perlu dianalisa, Satu indikator saja tidak diterapkan berarti tidak rasional. Masih ada duplikasi obat. SDM terbatas baik di DKK maupun di Puskesmas

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas			.					Masih ada duplikasi obat. SDM terbatas baik di DKK maupun di Puskesmas Pedoman pengobatan belum dibuatkan secara benar, jadi belum ada kesamaan persepsi antara penulis resep dengan pengelola obat. Pelatihan tentang kerasionalan obat masih kurang, karena DKK belum mampu menyelenggarakan pelatihan.
Cara mengetahui pelaksanaan pengobatan yang rasional	Sama seperti R4 dengan melihat <i>Medical record</i>	Sama seperti R4 dengan melihat <i>Medical record</i>	Sama seperti R4 dengan melihat <i>Medical record</i>	Ambil sampel, lihat <i>medical record</i> . Misalnya Diare non spesifik diberi tetra	Sama seperti R4 dengan melihat <i>Medical record</i>	Sama seperti R4 dengan melihat <i>Medical record</i>	Jumlah kunjungan dibanding jumlah pemakaian obat.	Dari kerasionalan obat, apabila perbandingan antara jumlah pemakaian obat

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Cara mengetahui pelaksanaan pengobatan yang rasional				Atau cotrimoksasol sedangkan oralitnya terlupakan berarti tidak rasional. Mialgia diberi injeksi berarti tidak rasional			Bila > 35 berarti tidak rasional. Melihat resep dan pemakaian obat	dengan kunjungan pasien < atau > 35 perlu dipertanyakan. Angka 35 merupakan dasar perhitungan kasar. Asumsi angka 35 : 15 butir antibiotik, 10 butir analgetik, 10 butir vitamin. Monitoring dengan cara sampling peresepan. Sampel terhadap penyakit ISPA, Diare dan Myalgia (radang otot) pengobatannya harus per oral tanpa injeksi. Terlihat pada peresepan dan <i>medical record</i>

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Cara mengetahui kesesuaian antara jumlah kunjungan pasien dengan jumlah pemakaian obat	Jumlah pemakaian obat / jumlah kunjungan = 35 dalam 1 bulan	Jumlah pemakaian obat / jumlah kunjungan = 35 dalam 1 bulan	Jumlah pemakaian obat / jumlah kunjungan = 35 dalam 1 bulan	Jumlah pemakaian obat / jumlah kunjungan = 35 dalam 1 bulan	Jumlah pemakaian obat / jumlah kunjungan = 35 dalam 1 bulan	Jumlah pemakaian obat / jumlah kunjungan = 35 dalam 1 bulan	Jumlah pemakaian obat / jumlah kunjungan = 35 dalam 1 bulan	Jumlah pemakaian obat / jumlah kunjungan = 35 dalam 1 bulan
Kesulitan yang sering dirasakan dalam merencanakan kebutuhan obat	Dibatasi dengan alokasi dana padahal setiap Puskesmas kebutuhan obatnya berbeda	Dibatasi dengan alokasi dana padahal setiap Puskesmas kebutuhan obatnya berbeda	Dibatasi dengan alokasi dana padahal setiap Puskesmas kebutuhan obatnya berbeda. Tidak ada kesulitan	Dibatasi dengan alokasi dana padahal setiap Puskesmas kebutuhan obatnya berbeda	Dibatasi dengan alokasi dana padahal setiap Puskesmas kebutuhan obatnya berbeda	Dibatasi dengan alokasi dana padahal setiap Puskesmas kebutuhan obatnya berbeda	Permintaan banyak sedangkan persediaan sedikit, jadi harus diseleksi	Sulit mendapatkan data riil dari Puskesmas sehingga harus menghitung ulang dari awal. Tetapi bila data dari Puskesmas sudah riil, maka DKK tinggal kompilasi dan bisa langsung dihitung. Dana sangat terbatas dan dibatasi oleh pagu anggaran.

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Kesulitan yang sering dirasakan dalam merencanakan kebutuhan obat								Kesulitan yang sering dirasakan dalam merencanakan kebutuhan obat
Masalah yang selalu dihadapi dalam merencanakan kebutuhan obat	Perencanaan kebutuhan obat sudah dibuat, tetapi diberi obat yang tidak sesuai dengan perencanaan.	Perencanaan kebutuhan obat sudah dibuat, tetapi diberi obat yang tidak sesuai dengan perencanaan.	Perencanaan kebutuhan obat sudah dibuat, tetapi diberi obat yang tidak sesuai dengan perencanaan. Bila ada KLB baru diberi sesuai dengan permintaan.	Perencanaan kebutuhan obat sudah dibuat, tetapi diberi obat yang tidak sesuai dengan perencanaan.	Perencanaan kebutuhan obat sudah dibuat, tetapi diberi obat yang tidak sesuai dengan perencanaan.	Perencanaan kebutuhan obat sudah dibuat, tetapi diberi obat yang tidak sesuai dengan perencanaan.	Sama seperti R8	Banyak permintaan obat Puskesmas yang minta obat tidak sesuai dengan perencanaan. Permintaan obat Puskesmas bisa melebihi 2 – 3 kali lipat

5. Pendapat dan Masukan Untuk Perbaikan Perencanaan Kebutuhan Obat Publik Puskesmas

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Pandangan informan terhadap kualitas obat yang tersedia	Ada yang sesuai ada yang tidak sesuai. Masih ada obat yang diharapkan belum tersedia.	Sudah sesuai dengan permintaan. Obat Obat esensial dan non esensial sudah sebanding	Sudah sesuai, tetapi masih ada yang kurang berkualitas misal antasid kata pasien Yang enak adalah produk KF Kualitas obat bisa mudah menurun karena gudang obat atau tempat penyimpanan obat tidak memenuhi syarat	Sependapat dengan R3	Sependapat dengan R3	Sependapat dengan R3	Secara umum sudah bagus, tetapi mungkin masih ada yang kurang karena DKK tidak sempat memeriksa obat satu per satu. Seharusnya ada sampel pemeriksaan sebelumnya. Tempat penyimpanan obat di gudang belum memenuhi syarat karena fasilitas yang dibutuhkan di gudang obat belum ada	Secara pribadi belum merasa puas terhadap kualitas obat yang sekarang karena masih banyak obat yang tidak dikemas Penyedia obat tergantung pada pemenang lelang. Sebenarnya spesifikasi obat sudah dibuat, harus memenuhi standar CPOB. Sementara di Indonesia ketersediaan hayati obat 60 – 100 % jadi tidak semua obat memenuhi 100 % CPOB

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Masukan untuk memperbaiki perencanaan kebutuhan obat	Mohon difasilitasi oleh DKK agar permintaan obat bisa dipenuhi sesuai dengan perencanaan walaupun ada di luar daftar yang ditentukan. Tenaga pengelola obat Mohon berasal dari SAA / SMF. Bila tidak tersedia, mohon jangan dibebani tugas rangkap biar bisa khusus mengelola obat	Pemberian obat sesuai dengan permintaan Puskesmas. Bila ada obat baru, Segera sosialisasikan ke Puskesmas. Bila Puskesmas membutuhkan dapat segera diambil dan apabila tidak membutuhkan Jangan diharuskan menerima	Pemberian obat harus sesuai dengan permintaan Puskesmas. Tidak ada dropping obat yang tidak sesuai dengan kebutuhan Puskesmas. Obat yang dikemas agar lebih diperbanyak di gudang belum memenuhi syarat karena fasilitas yang dibutuhkan di gudang obat belum ada	Perencanaan ke depan jangan memberi obat ke Puskesmas yang mendekati batas kedaluwarsa Obat yang dikemas agar diperbanyak Bila terdapat obat baru segera diinformasikan ke Puskesmas dan diberikan secara adil	Pemberian obat sesuai dengan permintaan Puskesmas. Pemberian obat agar diseragamkan. Harus ada pertemuan antara penulis resep dengan pengelola obat untuk membahas kersionalan obat agar si penulis resep memahami tentang hal kersionalan obat	Ada pertemuan rutin atau refresing tentang kersionalan obat. Bila ada petugas yang telah mengikuti pelatihan, agar sosialisasi hasil pelatihan. DKK agar banyak memberikan bimbingan terutama kepada pengelola obat yang baru (petugas baru)	Meningkatkan kualitas SDM, kualitas obat dan sistemnya	Puskesmas jangan segan memberikan masukan ke DKK untuk perbaikan bersama Kita bersama-sama menjaga keamanan dan penyimpanan obat sesuai dengan standar. Diharapkan Puskesmas dapat menerapkan sistem pengelolaan obat yang benar baik perencanaan maupun perhitungannya. Data laporan Puskesmas ke DKK diharapkan benar-benar valid dan tepat waktu

Berdasarkan tabel 4.8 mengenai jawaban informan hasil FGD dapat dilihat pada penjelasan di bawah ini.

Data dasar dan sumber data yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas, jawaban informan hasil FGD menunjukkan bahwa :

1. Data utama yang digunakan sebagai dasar apabila merencanakan kebutuhan obat diantaranya adalah pemakaian obat tahun lalu, jumlah kunjungan Puskesmas, jenis kasus penyakit, stok obat yang ada, alokasi dana. Menurut informan dari DKK disamping data tersebut perlu ditambah dengan waktu tunggu, jumlah penduduk, jumlah keluarga miskin dan waktu kekosongan obat.
2. Sumber data tersebut berasal dari hasil pencatatan pemakaian obat harian, bulanan dan tahunan, Laporan Bulanan Puskesmas (LB-1), unit pelayanan yang memerlukan obat, pemegang program, LPLPO, Gudang Obat di Puskesmas. Semua sumber data berasal dari lingkungan Puskesmas itu sendiri
3. Mengenai keyakinan terhadap data yang diperoleh, sebagian informan mengatakan yakin karena berasal dari hasil pencatatan harian di Puskesmas . Namun ada informan yang mengatakan kurang yakin sepenuhnya terutama dalam memprediksi kasus penyakit yang akan terjadi di masa mendatang. Informan dari DKK merasa kurang yakin sepenuhnya terhadap data yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat, makanya perlu dilakukan cek ulang atau klarifikasi.

Jawaban informan hasil FGD di atas pada dasarnya sesuai dengan jawaban informan hasil wawancara mendalam dan triangulasi.

Cara menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan Puskesmas, jawaban informan hasil FGD menunjukkan bahwa :

1. Pada dasarnya penentuan jenis obat yang dibutuhkan, Puskesmas bisa memilih berdasarkan acuan dari DKK.
2. Penentuan jumlah kebutuhan obat berdasarkan jumlah pemakaian obat rata-rata per bulan X 12 atau 13.
3. Penentuan jenis dan jumlah kebutuhan obat berdasarkan pola konsumsi dan kasus penyakit terkait dengan stok obat yang ada di Puskesmas.
4. Menurut Informan DKK dalam menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan perlu mempertimbangkan faktor kerasionalan obat. Informasi ini belum muncul dari informan Puskesmas. Penentuan jenis obat di DKK berdasarkan SK Menkes RI yang berlaku saat itu.

Dengan demikian cara menentukan jenis obat yang dibutuhkan adalah sesuai dengan daftar obat dari DKK, sedangkan penentuan jumlah obat berdasarkan pemakaian rata-rata per bulan ditambah stok cadangan.

Hasil FGD mengenai pemahaman Puskesmas terhadap indikator obat standar yang harus dimiliki Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa pada dasarnya Puskesmas belum mengetahui tentang hal itu. Puskesmas belum mengetahui tentang indikator obat standar yang ditentukan oleh Depkes RI karena DKK belum sosialisasi tentang hal tersebut ke Puskesmas. Dasar informasi tersebut adalah sebagaimana hasil dialog sebagai berikut :

Kotak 2 :

“ Saya juga tidak tahu persis, tetapi ada indikator obat standar yang ditentukan oleh Pusat yaitu sebanyak 35 item, tetapi 5 item khusus untuk obat TB. Daftar ini belum disosialisasikan ke Puskesmas” (Pengelola obat DKK)

Hasil FGD menunjukkan bahwa ketersediaan obat di Puskesmas pada dasarnya sesuai dengan tuntutan pelanggan. Namun demikian masih terdapat ketersediaan obat yang tidak sesuai dengan tuntutan pelanggan. Hal ini menunjukkan bahwa bagi Puskesmas tertentu pernah mengalami adanya kebutuhan obat yang belum tersedia di Puskesmas.

Hasil FGD mengenai cara merencanakan kebutuhan obat Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa mengacu pada pemakaian obat tahun yang lalu. Sebelum merencanakan kebutuhan obat Puskesmas,, pelaksana farmasi melakukan koordinasi dengan penulis resep atau unit lain di lingkungan Puskesmas. Perencanaan kebutuhan obat Puskesmas diserahkan ke DKK. DKK melaksanakan kompilasi dan analisa perhitungan dengan menyesuaikan anggaran yang tersedia.

Hasil FGD mengenai cara menghitung jumlah kebutuhan setiap item obat di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa jumlah item obat yang dibutuhkan dihitung berdasarkan pemakaian obat rata-rata per bulan X 13 atau 12. Kecuali DKK memperhitungkan waktu tunggu. Dengan demikian pada dasarnya perencanaan kebutuhan Puskesmas berdasarkan pola konsumsi.

Hasil FGD mengenai sistem perencanaan kebutuhan obat yang berjalan selama ini, jawaban informan menunjukkan dirasakan cukup mudah bagi Puskesmas terutama yang bersumber dana dari DAU karena blanko pengisian dan daftar jenis obat yang dipilih telah disediakan oleh DKK, Puskesmas tinggal mengisi sesuai dengan yang dibutuhkan. Namun yang bertentangan dengan pendapat informan adalah adanya pemberian obat dari DKK yang tidak sesuai dengan kebutuhan, tetapi obat tersebut harus diterima oleh Puskesmas. Di sini terdapat kesenjangan antara ketersediaan obat dengan kebutuhan obat di Puskesmas. Setelah

ditelusuri ternyata obat tersebut merupakan obat khusus untuk gakin (obat JPS) yang berasal dari Pusat pada tahun 2005. Hal ini menunjukkan adanya penyediaan obat yang tidak efektif dan tidak efisien.

Hasil FGD mengenai langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat, jawaban informan sesuai dengan hasil wawancara mendalam. Puskesmas hanya melakukan penentuan jenis dan jumlah obat berdasarkan hasil koordinasi dengan unit lain. Dengan demikian proses atau prosedur perencanaan kebutuhan obat belum dipahami oleh para pengelola dan pengguna obat.

Hasil FGD mengenai cara mengevaluasi kebutuhan obat di Puskesmas adalah dengan cara melihat jumlah pemakaian obat dan persentase penyerapan obat. Kecuali DKK mengevaluasi tingkat kerasionalan penggunaan obat.

Hasil FGD mengenai beberapa ketentuan yang digariskan oleh DKK, jawaban informan menunjukkan bahwa untuk merencanakan kebutuhan obat antara lain adanya pembatasan alokasi dana dan jumlah item obat. Padahal menurut informan DKK masih ada ketentuan lain yang lebih penting yaitu pola pengobatan yang rasional dan metode perhitungan. Ketentuan ini kurang dipahami oleh Puskesmas, maka dapat berefek perencanaan kebutuhan obat tidak akan rasional.

Hasil FGD mengenai pemahaman kerasionalan pengobatan, jawaban informan menunjukkan bahwa Puskesmas belum mengetahui standarisasi pengobatan yang rasional secara lengkap yang menyangkut 7 ketepatan (tepat : diagnosis; indikasi pemakaian obat, pemilihan obat; dosis, cara dan lama pemberian obat; penilaian kondisi pasien; pemberian informasi; tindak lanjut), ⁴⁰ tetapi telah mengetahui beberapa kriteria tentang standar kerasional pengobatan. Faktor ini akan besar

pengaruhnya terhadap efisiensi dan efektivitas penggunaan obat di Puskesmas yang nantinya akan mempunyai efek terhadap perencanaan kebutuhan obat.

Hasil FGD mengenai pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa pelaksanaan pengobatan di Puskesmas belum rasional sesuai dengan kriteria 7 ketepatan. Hal ini nampak bahwa penulis resep belum menerapkan pola pengobatan yang rasional di Puskesmas secara mantap. Penulis resep di Puskesmas bukan hanya dilakukan oleh Dokter. Faktor ini berpengaruh pada efisiensi dan efektivitas pengobatan baik terhadap obatnya maupun pasiennya.

Hasil FGD mengenai cara mengetahui pelaksanaan pengobatan yang rasional di Puskesmas, jawaban informan pada dasarnya seperti halnya hasil wawancara mendalam dan triangulasi.

Hasil FGD mengenai cara untuk mengetahui kesesuaian antara jumlah kunjungan pasien dengan jumlah pemakaian obat, jawaban informan adalah dengan cara jumlah pemakaian obat dibagi dengan jumlah kunjungan, apabila ditemukan angka 35 berarti baik. Tetapi bila ditemukan angka kurang atau lebih dari 35 perlu dipertanyakan. Angka perbandingan tersebut merupakan standar kasar yang biasa dijadikan pedoman oleh DKK. Hasil FGD mengenai hal tersebut sedikit terdapat perbedaan informasi dibanding hasil wawancara mendalam dengan informan utama. Hasil wawancara mendalam ada yang menyebutkan angka standarnya adalah 27, 36 dan 40. Setelah pelaksanaan FGD terjadi persamaan persepsi bahwa angka standar perbandingan antara jumlah pemakaian obat dengan jumlah kunjungan pasien adalah 35.

Hasil FGD mengenai kesulitan yang sering dirasakan dalam merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa diantaranya terdapat keterbatasan alokasi dana bila dibanding dengan kebutuhan obat secara riil. Bagi DKK salah satu kesulitannya adalah mendapatkan data yang riil dari Puskesmas. Dengan demikian berarti data dari Puskesmas belum valid, karena Puskesmas tidak komplek terhadap informasi dari DKK.

Hasil FGD mengenai masalah yang selalu dihadapi dalam merencanakan kebutuhan obat Puskesmas diantaranya adalah Puskesmas mendapatkan obat yang tidak sesuai dengan perencanaan atau permintaan ke DKK. Namun masalah yang dihadapi DKK diantaranya terdapat permintaan obat Puskesmas selalu tidak sesuai dengan perencanaan yang disusulkan.

Hasil FGD mengenai pandangan terhadap kualitas obat yang tersedia di Puskesmas, jawaban informan menunjukkan bahwa secara umum kualitas obat yang tersedia masih sesuai dengan standar pengobatan. Namun masih terdapat jenis obat tertentu yang kualitasnya kurang baik. Menurunnya kualitas obat dapat juga disebabkan oleh tempat penyimpanan yang tidak memenuhi syarat atau memang dari produknya yang hanya sesuai dengan standar minimal atau bisa juga pandangan pemakai obat itu sendiri karena pasien mengkonsumsi jenis obat yang sama tetapi berasal dari produk yang berbeda, sehingga merasakan adanya perbedaan rasa. Misalnya pernah mengkonsumsi antasid produk Kimia Farma, lalu mengkonsumsi antasid produk yang lain dengan rasa sedikit berbeda. Hal ini diperlukan sosialisasi kepada masyarakat agar bisa memahami tentang keadaan obat. Dengan adanya Informasi

semacam ini dapat menjadi bahan masukan kepada PBF agar bisa memproduksi obat lebih baik lagi.

Hasil FGD mengenai beberapa masukan (*input*) yang diajukan, jawaban informan menunjukkan adanya harapan untuk perbaikan proses perencanaan perencanaan kebutuhan obat antara lain :

1. Pemberian obat sesuai dengan permintaan dan kebutuhan Puskesmas.
2. DKK tidak memberi obat ke Puskesmas dengan cara mengedrop, Puskesmas harus menerima walaupun tidak membutuhkan.
3. Seharusnya obat yang diberikan ke Puskesmas bukan jenis obat yang mendekati mendekati batas kedaluwarsa. .
4. Pengelola obat atau Pelaksana Farmasi di Puskesmas sebaiknya orang yang mempunyai latar belakang pendidikan SAA / SMF. Apabila tidak ada, mohon agar pengelola obat tidak dibebani dengan tugas rangkap yang terlalu banyak.
5. Kualitas obat sebaiknya ditingkatkan dengan cara obat yang dikemas diperbanyak agar lebih menarik pasien.
6. Apabila ada informasi tentang obat baru agar segera diinformasikan dan dibagi secara adil sesuai dengan kebutuhan Puskesmas.
7. DKK perlu menyelenggarakan pertemuan bagi penulis resep (pengguna obat) dan pelaksana farmasi Puskesmas untuk membahas tentang kerasionalan obat.
8. DKK juga menyelenggarakan pertemuan rutin atau refresing bagi pengelola obat untuk membahas tentang kerasionalan obat.
9. Apabila ada petugas yang telah mengikuti pelatihan tentang obat, hasil pelatihan tersebut seharusnya disosialisasikan ke semua petugas pengelola obat Puskesmas.

10. DKK harus banyak memberikan bimbingan kepada Puskesmas hubungannya dengan pengelolaan obat terutama bagi petugas baru.
11. Puskesmas dan DKK senantiasa bekerja sama untuk menjaga keamanan obat dan penyimpanan obat.
12. Puskesmas agar senantiasa menerapkan prinsip pengobatan rasional.
13. Puskesmas diharapkan dapat menerapkan sistim pengelolaan obat yang benar baik perencanaan maupun perhitungannya.
14. Data laporan Puskesmas ke DKK agar benar-benar valid dan tepat waktu.

Beberapa masukan (*input*) yang diajukan untuk memperbaiki proses perencanaan kebutuhan obat tersebut pada dasarnya saling melengkapi terhadap beberapa masukan hasil wawancara mendalam dengan informan utama. Masukan ini dapat sebagai bahan pertimbangan untuk mengajukan rekomendasi kepada DKK dan Puskesmas.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian dari bab I sampai dengan bab IV secara umum dapat disimpulkan bahwa proses perencanaan kebutuhan obat publik untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya menggunakan metode konsumsi.

Hasil analisis proses perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas, dapat diambil kesimpulan antara lain :

1. Data dasar yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat publik di Puskesmas terdiri dari data jenis penyakit, pemakaian obat pada tahun sebelumnya, dan alokasi dana. Data tersebut diperoleh dari semua unit pelayanan kesehatan dan pemegang program di Puskesmas.
2. Untuk menentukan jenis dan jumlah obat publik yang dibutuhkan Puskesmas dengan cara antara lain :
 - a. Pemilihan jenis obat sesuai dengan daftar obat yang ditentukan oleh DKK Tasikmalaya dan berdasarkan hasil koordinasi dengan semua unit pelayanan yang membutuhkan obat dan penulis resep di Puskesmas.
 - b. Penentuan jumlah obat yang dibutuhkan berdasarkan pemakaian obat rata-rata per bulan X 13 atau pemakaian obat rata-rata per bulan X 12.
3. Cara penyusunan perencanaan kebutuhan obat publik antara lain :

- a. Pelaksana Farmasi Puskesmas melakukan koordinasi dengan semua unit pelayanan di Puskesmas untuk menentukan jenis obat yang dibutuhkan Puskesmas
 - b. Pelaksana farmasi menentukan jumlah setiap item obat yang dibutuhkan Puskesmas
 - c. Hasil penghitungan jumlah setiap item obat merupakan perencanaan kebutuhan obat publik Puskesmas diajukan ke DKK Tasikmalaya.
4. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas antara lain :
 - a. Dalam penentuan jenis obat dan alokasi dana yang ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kota tidak selalau sesuai dengan kebutuhan Puskesmas
 - b. Pelaksana farmasi belum memahami secara lengkap tentang 7 kriteria pengobatan rasional
 - c. Persepsi antara pelaksana farmasi dengan penulis resep tentang kerationalan obat senantiasa tidak sama.
 - d. Pelaksanaan pengobatan rasional di Puskesmas belum berjalan secara optimal
 - e. Puskesmas kesulitan memperoleh data pendukung yang akurat dan reliabel untuk merencanakan obat yang sesuai dengan kebutuhan riil.
 - f. Puskesmas mendapatkan obat yang tidak sesuai dengan perencanaan atau permintaan
5. Beberapa masukan informan sebagai bahan rekomendasi antara lain :
 - a. Obat yang tersedia sampai saat ini sebagian besar berkualitas cukup baik

- b. Masih terdapat petugas puskesmas yang fanatik terhadap salah satu produk obat dari Pabrik Besar Farmasi tertentu. Dengan demikian berarti belum memahami tentang standar kualitas obat.
- c. Puskesmas mengharap perencanaan kebutuhan dibahas bersama antara Puskesmas dengan DKK.
- d. Puskesmas mengharap agar DKK bisa memfasilitasi untuk membahas mengenai pengobatan rasional bagi pelaksana farmasi dan penulis resep
- e. Pengelola obat di Puskesmas supaya berlatarbelakang dari SAA / SMF, apabila tidak ada agar tidak dibebani tugas rangkap yang terlalu banyak
- f. DKK mengedrop obat ke Puskesmas, Puskesmas harus menerimanya walaupun tidak membutuhkan seharusnya tidak terjadi.
- g. Apabila ada obat baru, segera diinformasikan dan dibagi adil ke Puskesmas sesuai dengan kebutuhan.
- h. Kualitas obat sebaiknya ditingkatkan dengan cara obat yang dikemas agar lebih diperbanyak lagi.
- i. Apabila ada petugas yang telah mengikuti pelatihan tentang pengelolaan obat, hasil pelatihan tersebut disosialisasikan ke semua petugas pengelola obat.

B. Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan tersebut, untuk memperbaiki proses perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas, beberapa saran atau rekomendasi yang diajukan antara lain :

1. Untuk DKK Tasikmalaya

- a. DKK sebaiknya bisa memfasilitasi pertemuan antara Kepala Puskesmas, pengguna obat (penulis resep) dan pengelola obat untuk membahas tentang standar pengobatan rasional
- b. DKK dan Puskesmas sebaiknya mengadakan pertemuan untuk membahas tentang perencanaan kebutuhan obat dan evaluasi pemakaian obat setiap awal tahun
- c. DKK diharapkan bisa menyelenggarakan pelatihan atau pertemuan refreasing tentang standar pengobatan rasional bagi penulis resep dan pengelola obat.
- d. DKK diharapkan segera memberikan bimbingan secara intensif kepada Puskesmas tentang pemahaman cara merencanakan kebutuhan obat dan standar kualitas obat untuk menghilangkan fanatisme terhadap salah satu produk obat.

2. Untuk Puskesmas

- a. Validasi data akurasi data untuk perencanaan obat bisa dilakukan dengan cara Puskesmas melakukan pencatatan dan pelaporan pemakaian obat secara tertib dan jujur.
- b. Pola pengobatan rasional bisa dilakukan oleh Puskesmas dengan cara pelaksanaan pengobatan berpedoman standar pengobatan dasar.

3. Untuk MIKM UNDIP Semarang

Penelitian ini bisa ditindaklanjuti dengan penelitian mengenai pelaksanaan pengobatan rasional atau analisis penghitungan perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1426/Menkes/SK/XI/2002 tanggal 21 Nopember 2002 tentang *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*. Lampiran. Jakarta. 220 : 1-12
2. Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. *Rekapitulasi Pemakaian Obat Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2004-2006*. Bidang Farmasi. Tasikmalaya. 2006.
3. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat. *Kebijakan Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan* (Makalah). Sub Dinas Pengawasan. Bandung. Agustus 2006.
4. Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan. *Kebijakan Penyediaan Obat Publik* (makalah). Bandung. Agustus 2006.
5. Mustika Dewi., Sulanto Saleh Danu. *Ketersediaan Obat Puskesmas Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Pasca Otonomi Daerah* (Jurnal). Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 07. No. 04 Desember 2004 : 219-223.
6. Masiri Harun., dkk. *Upaya Perbaikan Perencanaan dan Distribusi Obat Puskesmas Melalui Monitoring-Training-Planning Di Kabupaten Kolaka* (Jurnal). Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 07. No. 03 September 2004 : 125-134.
7. Muninjaya Gde A A. *Manajemen Kesehatan*. 2nd ed. Penerbit Buku Kedokteran EGC Universitas Udayana. Denpasar. 2004 : 54-73
8. Kast Freemont E., Rosenzweig James E. (penerjemah Hasymi Ali). *Organisasi dan Manajemen*. 4th ed. Bumi Aksara. Jakarta 2004 : 685-728
9. Hasibuan Malayu SP. *Manajemen Dasar, Pengertian dan Masalah*. 2nd ed. Bumi Aksara. Jakarta 2003 : 91-117
10. Handyaningrat Soewarno. *Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen*. 4th ed. Gunung Agung Jakarta 1996 : 125-142
11. Handoko Hani. *Manajemen*. 18th ed. Fakultas Ekonomi UGM. Yogyakarta 2003 : 77-105
12. Azwar Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. 3th ed. Binarupa Aksara. Jakarta. 1996 : 41 dan 181-250
13. Soekarno K. *Dasar-dasar Manajemen*. 11st ed. Miswari. Jakarta 1982 : 70-74
14. Depdikbud. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. 3th ed. Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa. Balai Pustaka. Jakarta 1990 : 626.

15. Bahfen Faiq. *Peraturan Dalam Produksi dan Peredaran Obat*. 1st ed. PT. Hecca Mitra Utama. Jakarta 2006 : 56-60
16. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 43/Menkes/SK/II/1988 tentang *Cara Pembuatan Obat Yang Baik (CPOB)*. Jakarta.
17. Undang-Undang RI Nomor 23 tahun 1992 tentang *Kesehatan*. Jakarta 2004 : 2-3 dan 14-15
18. Anief Moh. *Apa yang Perlu Diketahui tentang Obat*. 4th ed. Gajah Mada University Press. Yogyakarta 2003 : 3 dan 138
19. Kristin Erna. *Dasar-dasar Perencanaan Kebutuhan Obat*. (Makalah Seminar). 3 Agustus 2002. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM. Yogyakarta. 2002
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 1375.A/Menkes/SK/XI/2002 tgl 04 Nopember 2002 tentang *Daftar Obat Esensial Nasional 2002*. Depkes RI. Ditjen Yanfar dan Alkes. Jakarta 2002 : vii-xii
21. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 131/Menkes/SK/II/2004 tanggal 10 Pebruari 2001 tentang *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta 2004 : 1-11 dan 38-42
22. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 tgl 10 Februari 2004 tentang *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Lampiran. Depkes RI. Jakarta. 2004 : 5
23. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1330/Menkes/SK/IX/2005 tanggal 8 September 2005 tentang *Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Yang Dijamin Pemerintah*. Depkes RI. Jakarta. 2005 : 1-5.
24. Badan Pengawas Obat dan Makanan. *Pengelolaan Obat Kabupaten / Kota*. Jakarta 2001 : 7-36
25. Dinas Kesehatan Kota. *Pedoman Perencanaan dan Pengelolaan Obat Farmasi*. Tasikmalaya. 2002 : 12-29
26. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1412/Menkes/SK/XI/2002 tanggal 20 November 2002 tentang *Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD)* Lampiran. Ditjen Yanfar dan Alkes Jakarta 2005 : 3-24
27. Depkes RI. *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Di Puskesmas*. Ditjen Yanfar dan Alkes Jakarta 2004 : 3-15
28. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 156/Menkes/SK/III/2006 tanggal 16 Maret 2006. *Harga Jual Obat Generik Tahun 2006*. Lampiran 1. Jakarta. 2006 : 1-5

29. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 521/Menkes/SK/IV/2007 tanggal 24 April 2007 tentang *Harga Obat Generik*. Jakarta 2007
30. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Nomor : YF. O5. DJ. IV. 199. *Daftar Obat dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun 2007*. Surat Nomor : YF. O5. DJ. IV. 199.I tgl 27 Februari 2007. Jakarta. 2007.
31. Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. *Indikator Obat Standar*. Farmasi. Tasikmalaya. 2004.
32. Suryawati Sri. *Perencanaan Kebutuhan Obat*. Program Pengembangan Eksekutif. Magister Manajemen Rumah Sakit bekerja sama dengan Pusat Studi Farmakologi Klinik dan kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. Juli 1997
33. Quick D Jonathan. *Managing Drug Supply*. 2nd ed. Management Sciences for Health. Kumarian Press. USA. 1997 : 164-185
34. Suciati Susi., Adisasmito BB Wiku. *Analisis Perencanaan Obat Berdasarkan ABC Indeks Kritis Di Instalasi Farmasi* (Jurnal). Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 09 / N0. 01 / Maret 2006 : 19-26.
35. Listiani Henny. *Implementasi Strategi Perencanaan Kebutuhan Obat Di Kabupaten / Kota Dalam Era Otonomi*. Makalah Seminar 3 Agustus 2002. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM. Yogyakarta. 2002
36. Istinganah., dkk. *Evaluasi Sistem Pengadaan Obat Dari Dana APBD Tahun 2001- 2003 Terhadap Ketersediaan dan Efisiensi Obat*. (Jurnal). Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 09 / N0. 01 / Maret 2006 : 31-41.
37. Depkes RI. *Pedoman Pengelolaan Obat Program Kesehatan*. Ditjen Yanfar dan Alkes Jakarta 2004 : 6-28
38. Thabrany Hasbullah. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan Di Indonesia*. 4th ed. Raja Grafindo Persada. Jakarta 2005 : 167-185
39. Budiarto Wasis., Ristrini. *Studi Tentang Pembiayaan Kesehatan Oleh Pemerintah Sebelum dan Selama Otonomi Daerah Di Propinsi Kalimantan Timur*. (Jurnal). Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 06 / N0. 02 / 2003 : 97-109.
40. Depkes RI. *Pengobatan Yang Rasional Di Puskesmas*. Modul Pelatihan Petugas Dokter / Dokter Gigi PTT. Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai. Jakarta, 1996 : 3-15.
41. Depkes RI. *Pedoman Pengelolaan Obat Di Puskesmas*. Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Jakarta. 1994 : 1-2

42. Suryawati Sri. *Meningkatkan Penggunaan Obat Secara Rasional Melalui Perubahan Perilaku*. Materi Kursus. Magister Manajemen dan Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada bekerja sama dengan Yayasan Melati Nusantara. Yogyakarta. Desember 1997
43. Budiono Santoso. *Penggunaan Obat dan Prinsip Pengobatan Rasional*. Program Pengembangan Eksekutif. Magister Manajemen Rumah Sakit bekerja sama dengan Pusat Studi Farmakologi Klinik dan kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Juli 1997
44. Sunarsih I.M. *Desentralisasi Sektor Obat*. (Jurnal). Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 05/N0. 02 / 2002 : 67-92.
45. Depkes RI. *Pedoman Supervisi dan Evaluasi Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*. 2nd ed. Ditjen Yanfar dan Alkes. Dit Bina Obat dan Perbekalan Kesehatan. Jakarta. 2006 : 12-40
46. Notoatmodjo Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. 3th ed. Rineka Cipta. Jakarta. 2005 : 30-32 dan 79-88.
47. Sugiyono. *Memahami Penelitian Kualitatif*. 1st ed. Alfabeta. Bandung. 2005 : 59-62.
48. Moleong Lexy. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. 20th ed. Remaja Rosdakarya. Bandung. 2006 : 245-248.
49. Utarini Adi. *Metode Penelitian Kualitatif*. Magister Perilaku dan Promosi Kesehatan. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 2006 : 55-70
50. Perda Kota Tasikmalaya Nomor 15 Tahun 2003 tentang *Struktur Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya*.
51. Dinas Kesehatan Kota Tasikmlaya. *Propil Kesehatan 2005*. Tasikmalaya, 2005